

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o

115

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LANEUVILLE

Né le 31 juillet 1909, à Eaubonne (Seine-et-Oise)

Considérations sur la Phase prodromique
des

DÉLIRES AIGUS

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LANEUVILLE

Né le 31 juillet 1909, à Euverville (Seine-et-Oise)

Considérations sur la Phase prodromique

des

DÉLIRES AIGUS

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
GUÉNIOT.
LE LORIER.
LÉVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..... Microbiologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.
RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVESTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de ma respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MM. LES PROFESSEURS CARNOT
DUVAL
NOBÉCOURT

Externat :

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE
MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS VALLÉRY-RADOT
TURPIN
MM. LES DOCTEURS DESCOMPS (*in memoriam*)
BRÉCHOT
GOUVERNEUR

Chirurgiens des Hôpitaux

MM. LES DOCTEURS SCHULMANN (*in memoriam*)
TIXIER

Médecins des Hôpitaux

M. LES DOCTEURS CHIRIÉ
DIGONNET

Accoucheurs des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCES

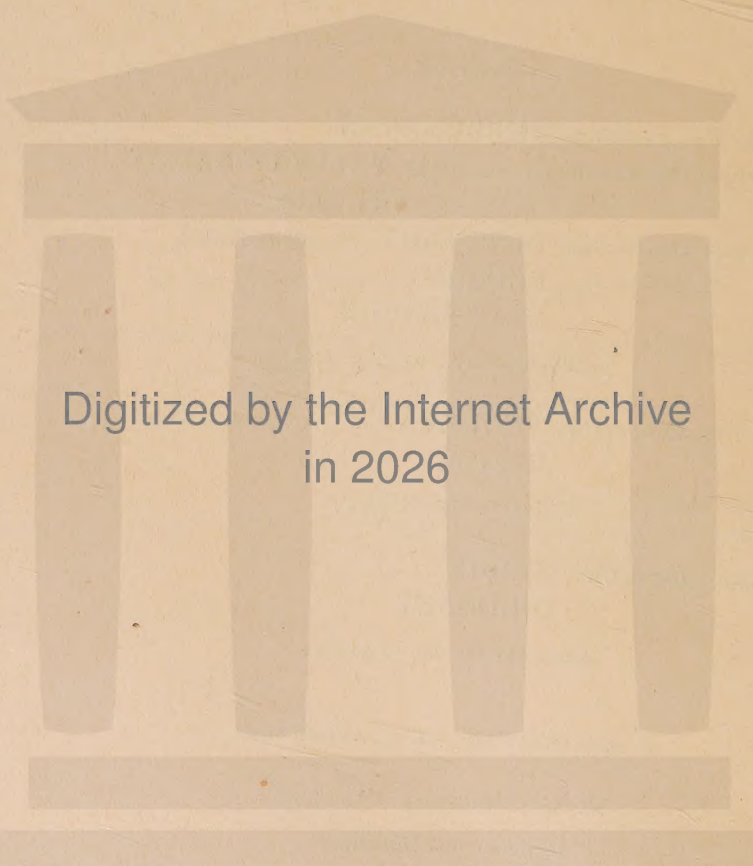
M. LE DOCTEUR SOULIÉ

Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR MOUCHET (ALAIN)

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage particulier de reconnaissance et d'affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549924_0074

Considérations sur la Phase prodromique DES DÉLIRES AIGUS

Introduction.

« On dit qu'un homme est pris de manie
« quand il a du délire sans fièvre, mais il
« a la phrénitis quand il a de la fièvre. »

HIPPOCRATE.

Reprenant des observations de malades atteintes de Délire aigu, nous avons été frappé de noter la fréquence de syndromes mentaux importants précédant l'éclosion de la maladie aiguë. Les feuilles de renseignements fournis par les familles sont, à cet égard, particulièrement importantes. Il nous a semblé intéressant de noter ce fait et d'essayer de classer les observations selon les modes de début. Une telle méthode devait en effet, apporter à la conception nosologique du Délire aigu des éléments importants.

La délimitation même du Délire aigu ne paraît qu'un stade d'une évolution qui, de la phrénitis des Anciens à l'encéphalite azotémique de Toulouse, Marchand et Courtois délimite de plus en plus l'étendue d'une entité.

Mais la constatation de symptômes caractéristiques et variables de diverses psychoses au début de l'évolu-

tion intègre ces discussions dans le propre cadre psychiatrique.

Après un historique rapide de la conception du Délire aigu — au cours duquel nous insisterons plus volontiers sur la description des auteurs de la phase prodromique — nous donnerons notre statistique et nos observations en les classant du point de vue qui nous occupe. Dans un bref raccourci nous grouperons les éléments recueillis pour les confronter avec les idées actuellement en cours à propos du Délire aigu et essayer d'affirmer ou d'infirmer les unes ou les autres.

CHAPITRE I

Historique.

Les connaissances psychiatriques de l'Antiquité et du Moyen Age semblent osciller entre trois syndromes essentiels : la manie, la phrénitis, l'affection mélancolique.

La phrénitis, classée dans les maladies aiguës, décrite au côté du causus et du lethargus survient en complication d'une maladie aiguë comme « pleurésie, péri-pneumonie, fièvres rémittentes, etc..., etc... ». Elle peut aussi être isolée ou plutôt survenir sans cause somatique apparente.

Quels sont les éléments constitutifs du syndrome ? la fièvre intense, le « délire » ; le patient est « hors de lui » : Tremblement, carphologie : « les délires avec tremblement et carphologie sont phrénétiques ». L'onirisme est noté en une formule saisissante : « Les songes dans les phrénitis ont de la réalité ». Le tableau du malade est brossé de façon magistrale. « J'ai observé ce qui suit sur les mouvements des mains dans les fièvres aiguës, dans les péri-pneumonies, dans les délires fébriles : les mains promenées devant le visage, cherchent dans le vide, ramassant des fétus

de paille, arrachant brin à brin le duvet des couvertures, détachant les paillettes des murs de l'appartement, présentent autant d'indices d'une terminaison funeste. » Enfin le pronostic est indiqué : « étant dans le délire, le patient ne prend pour ainsi dire plus rien, mais la maladie dure, l'amaigrissement et le marasme viennent par l'effet de la fièvre et faute d'alimentation..., enfin tout se refroidit, le patient meurt. »

La phrénitis englobait donc tous les états confusionnels avec agitation, fièvre, grave trouble du métabolisme, qu'ils soient secondaires à une affection somatique quelconque ou d'apparence primitive.

Le développement de la médecine avec les méthodes anatomo-cliniques au début du xix^e siècle fit passer au second plan le « délire » des maladies somatiques bien étiquetées et au cours desquelles les symptômes mentaux ne devinrent que des épiphénomènes. Aussi bien voit-on se dégager aux dépens de l'antique phrénitis une forme spéciale : le Délire aigu. Willis écrit déjà pour différencier phrénitis et délire : (*Opera medica : de delirio et phrenitide*), la phrénésie dépendant de l'irritation des nerfs. Fodéré en 1817, divisait la phrénésie en symptomatique et exquisite.

Georget, en 1820, oppose le Délire aigu à la folie, il lui assigne trois causes : les affections graves du cerveau, les maladies des autres organes, l'action de certaines substances sur l'estomac (alcool, etc...). En somme, le Délire aigu devient pour cet auteur l'agitation délirante au cours d'affection d'étiologie bien connue par opposition à la folie « qui est toujours

idiopathique ». Le Délire aigu ou l'affection des fonctions intellectuelles qui le constitue, n'est d'ordinaire qu'un symptôme d'une maladie plus grave d'un organe de l'économie ou du cerveau lui-même, symptôme qui sert plutôt à établir le pronostic qu'à indiquer l'administration du remède ».

En somme, en présence de la naissance de la Médecine moderne les uns avec Fodéré pressentaient l'existence de délires symptomatiques, et d'autres, idiopathiques ; d'autres, comme Georget, voulaient rattacher ce syndrome à une maladie somatique toujours décelable.

Cependant l'exploration clinique minutieuse permettait à Esquirol de signaler, sans le dire, le Délire aigu au cours de la description de la manie. Abercrombie en Angleterre, donnait sur ce syndrome des indications assez précises tout en le rattachant à une inflammation méningée.

C'est Calmeil qui dégagera la notion actuellement admise du Délire aigu. Son tableau clinique est d'une exactitude rigoureuse ; son étiologie, sa pathogénie sont plus discutables : ce qui importe paraît être la délimitation du syndrome : Calmeil élimine délibérément les délires des affections fébriles dont il cite quelques exemples : dothientérie, phlegmasie locale, etc...

Le syndrome qu'il décrit se retrouve soit chez l'individu sain qui présente brutalement un Délire aigu, soit chez un malade ayant pendant quelques jours éprouvé quelques troubles psychiatriques dis-

crets ou non, soit enfin, et c'est un cas fréquent, chez un vieux malade d'asile vésanique de longue date.

Cette conception est devenue tellement classique que nous ne donnerons pas d'autres définitions que la description rapide fournie par Calmeil : « Le malade est en proie à l'agitation la plus vive ; ses membres sont continuellement en mouvement ; il parle avec volubilité, et sans qu'il existe de suite, de rapports entre les paroles qui lui échappent ; il paraît obsédé par des hallucinations ou des fausses sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat : sa figure est altérée, ses yeux sont rouges, chassieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes ; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante ; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive ; expuition continuelle. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repousse avec une précipitation dont il lui est impossible de se rendre maître ; sa langue, ses lèvres deviennent arides et fuligineuses ; enfin, il succombe du cinquième au dixième jour et l'autopsie des organes ne donne pas l'explication de ces funestes accidents ».

Tel qu'il avait été décrit par Calmeil, le Délire aigu sera accepté longtemps sans qu'on apporte à sa définition comme à son étiologie que des détails minimes.

Lelut, Falret, Alquié, Brière de Boismont confirment la thèse originelle. Ce dernier, cependant, va plus loin, le Délire aigu devient une maladie *sui gene-*

ris, une entité nosologique et non plus un syndrome.

A l'étranger, Luther, Bell, Jensen, discutent l'existence même du Délire aigu. Parchappe, en France, n'y veut voir que des formes graves de manie. Baillarger, Griesinger semblent retourner vers la conception trop extensive de la phrénitis.

Mais vers 1860, et les années suivantes, l'opinion médicale est acquise aux idées de Calmeil comme le démontrent l'article de Marcé, la thèse de Thulié, les articles de Foville et de Maudsley. A peine pourrait-on noter les réserves de Gottfried Jehn, de Furstner qui admettent cependant les grandes lignes de la théorie française.

*
* * *

A la fin du siècle dernier, les découvertes pastoriennes vont jouer, à l'égard du Délire aigu, le même rôle que les conceptions anatomo-cliniques à l'égard de la phrénésie.

Briand, en 1881, entre dans la voie de l'assimilation du Délire aigu à une psychose infectieuse ; il s'attache à rechercher dans le sang et les urines des malades des micro-organismes qu'il considérerait volontiers comme la cause de l'affection.

Vers la même époque, la notion de confusion mentale se dégage sous l'influence de Chaslin, de Séglas et de Régis ; elle va entrer immédiatement en concurrence avec celle, beaucoup plus ancienne, de Délire aigu. Dès l'origine, la confusion mentale paraît

grevée d'un potentiel étiologique bien déterminé, et Régis accole toujours le qualificatif de toxique à la désignation « confusion mentale ».

Le rapprochement entre les deux syndromes ne pouvait manquer de se faire ; l'élément capital de la confusion mentale : l'onirisme n'avait-il pas déjà été signalé par Hippocrate à propos de la phrénitis.

La conclusion ne se fait pas attendre : « Si l'on rapproche ce que l'on sait aujourd'hui des maladies infectieuses et toxiques aussi bien que de l'état mental qui les accompagne, du tableau clinique du Délire aigu on est frappé de la similitude qui existe entre ces maladies, et on arrive à cette conclusion que le Délire aigu est un syndrome dû à des phénomènes infectieux ». Ainsi s'expriment A. Carrier, G. Carrier et E. Martin au Congrès de Limoges, en 1901, rapportant les recherches contemporaines. Les conclusions du Rapport sont aussi catégoriques :

1^o Le Délire aigu est un syndrome de nature toxico-infectieuse. Ce n'est pas une maladie, une, ce n'est pas une entité morbide ; au sens nosologique du mot, parce qu'il dépend essentiellement d'infections et d'intoxications diverses ;

2^o Il a son point de départ dans l'altération primitive des éléments nerveux par l'agent pathogène, et, par suite, intéresse l'organisme tout entier en permettant la production d'auto-intoxications secondaires qui constituent toute la gravité de la maladie ;

3^o Des recherches nouvelles sont à poursuivre pour

déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

Quant aux conditions pathogénique essentielles, les rapporteurs les classent en prédisposition névropathique, épuisement nerveux occasionnel et toxi-infection. C'est cette toxi-infection qui est la cause, les deux autres faits n'étant que des conditions.

La discussion du Rapport permettait aux assistants de faire acte de foi dans l'étiologie infectieuse. Briand y voyait la consécration d'une thèse qu'il avait inaugurée.

Les « recherches à poursuivre » dont parlait Carrier furent largement entreprises, et il n'est que de consulter la Bibliographie très large du Délire aigu pour y lire les noms de ceux qui se sont efforcés de découvrir l'« agent pathogène » de l'affection.

Tous les procédés de recherches bactériologiques furent essayés mais aucun résultat constant ne fut apporté. Damaye concluait à une origine infectieuse multiple en l'absence de résultats constants.

Ladame, en 1919, mettait en vogue la terminologie de Délire aigu idiopathique, par opposition au Délire aigu symptomatique, mais il n'apportait aucun fait nouveau.

Régis classait le Délire aigu dans la confusion mentale et le baptisait : confusion mentale pseudo-méningitique.

Kraepelin classe d'abord le Délire aigu à côté du

délire toxique et fébrile dans la première classe des maladies à cause externe. Puis en 1899, dans les états infectieux.

Certains facteurs, à vrai dire assez éloignés de la série infectieuse, étaient invoqués çà et là : Klippel entre autres, fait appel à l'insuffisance hépatique, d'autres à l'insuffisance rénale. Targowla reviendra sur ce point en 1925.

Devant l'inanité des recherches dans la voie micro-biologique les auteurs ont suivi l'évolution générale des idées médicales. Tout d'abord ce sont les travaux sur les virus filtrants, entrepris à la suite de l'épidémie d'encéphalite d'après guerre. En 1918, Briand et Rouquier rapprochaient du Délire aigu les formes confusionnelles délirantes ou hallucinatoires de l'encéphalite épidémique.

Pouffary, en 1933, écrivait une thèse remarquable sur les rapports de la confusion mentale grave idiopathique avec l'encéphalite épidémique.

L'évolution dans un sens humoral des théories actuelles a intensifié toute la série de recherches biologiques que déjà bien des auteurs avaient envisagées. Les épreuves les plus répandues furent appliquées aux malades, dans la mesure toutefois où elles pouvaient être mises en œuvre. Dès 1922, Targowla, recherchait le taux d'urée sanguine qu'il trouvait très élevé.

Le résultat de ce double courant fut la description, en 1930, par Toulouse, Marchand et Courtois de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Ces au-

teurs s'appuyant sur une solide documentation anatomique, biologique et clinique décrivaient une affection qui paraît nettement délimitée et bien définie, présente quatre grands caractères distinctifs :

1° C'est une encéphalite, c'est-à-dire une affection inflammatoire de l'encéphale ;

2° Sa symptomatologie comporte des troubles psychiques ;

3° Son évolution est aiguë, presque toujours mortelle ;

4° Elle est constamment accompagnée d'une élévation parfois énorme du taux de l'urée sanguine, seul signe humoral important et constant.

Les arguments fournis par les auteurs, leur ordonnance rigoureuse emporta de façon à peu près complète l'adhésion du monde scientifique. Cependant quelques résistances se firent jour : en 1933, lors du rapport de Marchand au Congrès de Rabat, Steck, Donnaggio discutèrent le caractère inflammatoire des lésions. Rodriguez Arias, Anglade émettent quelques doutes sur la valeur séméiologique de l'ensemble présenté. Vermeylen s'attaquait même à la critique du critère humoral, l'azotémie qui paraît, selon lui, pouvoir être rattachée à des causes contingentes.

Depuis cette époque, Tusques, en publiant ses constatations à propos de l'anatomie pathologique du Délire aigu, conclut qu'il n'a pas trouvé de lésions inflammatoires typiques.

L'effort de Toulouse, Marchand et Courtois ne

semble pas avoir complètement abouti. Cependant pas mal d'auteurs admettent l'existence de Délire aigu à étiologie infectieuse probable, à côté d'autres syndromes, cliniquement identiques, et d'étiologie actuellement inconnue.

Nous avons vu se restreindre au long de cet historique le champ d'un syndrome. Nous l'avons vu se dégager de plus en plus de la médecine générale pour s'intégrer dans la séméiologie psychiatrique.

L'étude de la forme de début, celle où les troubles intellectuels sont en général privés de tout appoint moteur, nous permettra de continuer cette intégration. Elle apportera peut-être ainsi quelques arguments en faveur d'une conception hypothétique de la maladie mais qui paraît cependant accepter la plupart des faits.

CHAPITRE II

La phase prodromique d'après les auteurs.

Nous avons étudié très rapidement l'évolution des idées sur le Délire aigu, nous considérerons maintenant les données cliniques fournies par les auteurs à propos de la symptomatologie du début du Délire aigu.

Dans la littérature psychiatrique, nous n'avons trouvé que le travail de Beauchesne, qui s'occupe de façon exclusive de la question ; mais la plupart des auteurs qui ont été amenés à écrire sur le Délire aigu ont dû décrire plus ou moins rapidement l'aspect du malade avant le début des troubles.

Les renseignements fournis par les Anciens, à propos de la phrénitis sont peu importants. Hippocrate la considère le plus souvent comme secondaire à diverses affections somatiques dont la symptomatologie colore le tableau. Au premier rang de ces affections la péri-pneumonie qui, elle-même, survient à la suite de la pleurésie... Cependant il existe pour cet auteur des formes qui surviennent sans causes apparentes.

Celse signale que « parmi les frénétiques, les uns sont gais, les autres tristes ».

Abercrombie, en la matière, est le précurseur le plus avisé : tantôt il a observé des malades extraordinairement gais avant le délire ; tantôt, au contraire, « la maladie commence par une dépression des fonctions vitales, laquelle disparaît subitement après une courte durée ».

Mais ce sont les auteurs qui par la suite ont définitivement incorporé le Délire aigu dans la psychiatrie qui donneront les détails les plus intéressants. Calmeil apporte des renseignements particulièrement importants. Nous l'avons vu, le Délire aigu pour lui est rarement installé d'emblée ; le plus souvent c'est à la suite d'une phase plus ou moins longue d'un syndrome mental caractérisé et en majorité des cas à type de manie ou mélancolie. Souvent encore, dans une classe à part, le Délire aigu est une forme de terminaison d'une vésanie, le malade étant depuis de longues années à l'Asile.

Andral, qui tend à remarquer le disparate de la symptomatologie, signale des états de dépression, d'excitation, d'agitation, de prostration.

Baillarger, dans une note du *Traité* de Griessinger, se contente de rapporter un fait fréquent : « Il arrive souvent que chez les malades, qui offrent depuis quelques jours, une ou deux semaines, les signes d'un accès de manie simple, on voit tout-à-coup survenir des symptômes plus aigus... » Plus loin, il reprend les mêmes expressions : « Le Délire aigu peut débiter

d'emblée, ou après les prodromes d'un accès de manie, ou bien il arrive dans la première ou la seconde semaine, lorsque celle-ci a déjà éclaté. »

Marcé élargit cette conception : « Le Délire aigu peut survenir dès le début de la manie ou de la mélancolie, au moment où la maladie fait explosion, mais il apparaît plus souvent dans le cours d'une manie, d'une mélancolie ou d'une monomanie ayant déjà quelque temps de durée ou même après un accès de folie à double forme. » L'auteur signale ensuite les syndromes similaires au cours de la P. G. et surtout des intoxications, au premier rang desquelles arrive l'alcool. Insistons particulièrement sur cet auteur : ayant abandonné l'étiologie des vieilles vésanies invoquées par Calmeil, il nous donne un tableau, raccourci, certes, mais auquel les auteurs modernes n'ajouteront que des précisions de détail.

Ball et Chambard, dans le Dictionnaire Dechambre, apportent une opinion intéressante, quoique plus restreinte : « Il est rare, en dépit des assertions de beaucoup d'auteurs qui n'ont eu probablement l'occasion d'observer les malades que dans les hôpitaux et les asiles et qui n'ont pu, par conséquent, s'entourer de renseignements suffisants, que le Délire aigu débute comme coup de foudre par le cortège de symptômes avec lesquels on le représente ; il est presque toujours, au contraire, précédé de prodrome dont la physionomie varie selon que le malade est atteint en pleine santé ou au cours d'une affection mentale. »

Par malheur, cette « affection mentale » n'est pas précisée par les auteurs.

Schule décrivait, vers la même époque, deux formes au Délire aigu : l'une maniaque, l'autre mélancolique.

Briand, après avoir souligné la fréquence du facteur névropathique : fréquence du Délire aigu en terrain dégénératif, indique « pas plus qu'une autre forme mentale, à part la manie hystérique, épileptique ou toxique, le délire ne débute brusquement que quelques semaines avant l'invasion de la maladie ; le sujet, homme ou femme, commence à se plaindre de malaises ; il change de caractère de façon à peine appréciable pour ses proches, qui attribuent ce changement, lorsqu'ils le remarquent, à un incident quelconque, tandis que la cause réelle réside dans l'état maladif du sujet. Cette phase préalable se trahit par des lassitudes, des bâillements, le manque de goût au travail, une tendance prononcée à l'égoïsme, une indifférence de plus en plus complète des choses qui occupaient d'ordinaire le malade : une mère négligea ses enfants, un mari restera indifférent aux attentions de sa femme et tel événement qui eut produit dans toute autre circonstance une forte impression, ne tirera même pas le sujet de son apathie. »

Au Congrès de Limoges, les rapporteurs sont assez rapides sur l'apparence de la forme de début ; cependant ils indiquent préalablement : le Délire aigu peut s'observer « dans le cours ou à la suite de psychoses préexistantes ; il peut se manifester spontanément.

Le plus souvent, le début de la maladie est précédé d'une période prodromique plus ou moins longue pendant laquelle les sujets se plaignent de céphalgies, quelquefois très vive en même temps que d'un malaise général indéfinissable. Ils perdent l'appétit, ont de la constipation, de l'embarras gastrique et se mettent à maigrir. Leur sommeil est troublé par des rêves pénibles ; souvent l'insomnie est absolue. Pendant la veille ils ont déjà des hallucinations terribles, ils voient des scènes terribles qui les épouvantent, souvent ils sont poursuivis par un pressentiment sinistre ; il leur semble que quelque chose de fatal va leur arriver ; ils éprouvent une irritation croissante, une inquiétude continuelle, un besoin incessant de changer de place ; quelquefois aussi ils sont peureux, moroses et se plaignent d'une angoisse violente. Au bout de quelques jours de ces troubles prodromiques, la situation change brusquement et la période d'état s'établit ».

Dans le cours de la discussion, Roubinovitch rapporte des cas de début « par un syndrome systématisé de courte durée », « par une phase à forme paranoïaque ».

Anglade, dans le *Trailé* de Gilbert-Ballet reprend rapidement ces idées :

« L'affection ne frappe que rarement des individus indemnes de tares névropathiques. Le plus souvent, les malades qui en sont atteints ont une hérédité plus ou moins lourde, hérédité rarement vésanique, presque toujours nerveuse. Il n'est pas rare, d'ail-

leurs, de trouver dans leurs antécédents personnels des tares qui révèlent cette hérédité : bizarreries de caractère, singularité de conduite, crises antérieures d'hystérie, d'épilepsie, de chorée.

Quelquefois, nous l'avons dit, c'est au cours ou à la suite d'une psychose d'autre nature (accès de manie, de mélancolie, de confusion mentale, de folie périodique) que le Délire aigu se développe.

Nous semblons être arrivé cette fois à une description des modes de début qui ne varient guère. Les auteurs les plus récents n'apportent que peu de faits importants.

Signalons cependant l'opinion de Marchand et Courtois :

« Le début des troubles peut être subit, sans prodromes appréciables. C'est un état anxieux qui surprend le malade au milieu de la nuit, ou pendant son travail. D'autres fois, c'est une tentative de suicide au cours d'un raptus anxieux qui marque le début de la maladie. C'est surtout dans ces cas à début brusque, sans prodromes, qu'une agitation anxieuse intense constitue le premier symptôme. D'autres fois, c'est une fugue, un scandale public, des réactions homicides.

Bien plus fréquemment, une période prodromique plus ou moins longue précède les troubles graves.

Depuis quelques jours, irritabilité, gaîté sans motif, actes bizarres, insomnie, frappent l'attention de l'entourage. D'autres fois, depuis quelques semaines, on trouve la malade changée, morose, taciturne ou emportée. Le plus souvent, c'est un état dépressif qui

est noté. De plus, on constate déjà un fléchissement de l'état général avec amaigrissement, troubles digestifs, sommeil entrecoupé de cauchemars, céphalées de siège et d'horaire variables.

Après cette période prodromique qui d'ailleurs peut manquer, des troubles plus aigus se manifestent, soit permanents d'emblée, soit avec des retours de quelques heures au calme et à la lucidité.

Marchand reprenait ces idées dans son rapport au Congrès de Rabat : il divisait les formes de début en trois catégories :

Chez un premier contingent de malades, il avait noté des prodromes très courts et mal définis allant de cinq à vingt et un jours.

Chez le second contingent, le délire survient au cours d'une psychose aiguë dont rien ne laissait supposer la gravité.

Enfin, chez les autres il s'agit d'une encéphalite secondaire à une affection somatique autre que mentale.

Utilisant différemment les observations qu'il fournit nous pouvons les classer autrement :

16 ont présenté un Délire aigu au cours d'une psychose,

14 présentaient des antécédents psychosiques personnels,

27 n'avaient accusé que des prodromes banaux de lassitude mal caractérisée.

Le dernier auteur que nous citerons sera celui qui

s'est attaché de manière spéciale au point qui nous occupe. Beauchesne intitule en 1932, sous l'inspiration d'Abadie, sa thèse : *Les formes de début du Délire aigu primitif*.

« La séméiologie mentale de cette phase prodromique », dit-il, « consiste :

soit en un état confusionnel typique,
soit en hallucinations avec ou sans onirisme,
soit en troubles pseudo-paranoïaques,
soit en un état pseudo-mélancolique;
soit en un état pseudo-maniaque.

Dans les quatre derniers groupes des cas, on trouve, outre quelques signes de la série confusionnelle, des symptômes discordants qui doivent faire penser à une confusion mentale sous-jacente. »

L'intérêt essentiel de cette étude semble être pour l'auteur de pouvoir, en présence d'un syndrome mental aigu, d'apparition récente, établir un diagnostic précoce commandant une thérapeutique appropriée.

L'étude que nous nous sommes proposée se fixe un but moins pragmatique. Aussi bien portera-t-elle sur un laps de temps beaucoup plus long de la vie du malade avant l'entrée dans le délire, nous verrons que sans revenir aux idées [de Calmeil, nos constatations permettent d'envisager des perturbations d'évolution assez longue précédant l'éclosion du Délire aigu.

CHAPITRE III

Méthode générale et classement des observations.

On a lu les reproches adressés par Ball et Chambard aux observations qui tirent leurs renseignements d'une source exclusivement asilaire ou hospitalière ; nous avons cru éliminer les causes d'erreurs de cet ordre en interrogeant systématiquement les familles des malades nous-mêmes, en leur faisant préciser oralement les assertions qu'elles avaient consignées sur les feuilles de renseignements. Cela nous a été assez facile car les malades atteintes de Délire aigu présentant toujours un état inquiétant, les proches viennent spontanément réclamer des nouvelles et donnent toutes les précisions désirables.

Dans quelques cas, beaucoup plus rares, la malade a pu nous fournir elle-même réponse à nos questions.

Ces méthodes nous ont permis de grouper 28 observations : il s'agit de toutes les malades entrées dans le Service du D^r Capgras depuis deux ans et ayant présenté un syndrome de Délire aigu.

Il fallut donc nous efforcer de limiter ce syndrome,

et nous l'avons fait en tenant compte des définitions fournies par les auteurs. Quels sont les éléments absolument indispensables et constants ? Nous croyons que l'agitation, la fièvre, l'atteinte profonde de l'état général sont le trépied symptomatique sans lequel nous n'avons pas le droit de parler de Délire aigu. D'autres éléments sont particulièrement fréquents, au premier rang desquels les signes de la série confusionnelle, mais nous croyons qu'ils sont variables et ne sont pas de nature à caractériser ce syndrome. Indépendamment de ces signes, on trouvera des symptômes de diverses catégories, le plus souvent intriqués : symptômes mélancoliques, thèmes délirants dépressifs, symptômes maniaques, fuite d'idées, éléments ludiques, etc., symptômes même de la série catatonique. Mais toute cette séméiologie n'entre pas dans la description rigoureuse et peut fort bien manquer.

Nous avons donc fait porter particulièrement notre attention sur la période plus ou moins longue qui a précédé l'éclosion du Délire : souvent nous avons dû réduire fortement les dires des familles, facilement enclines à grossir les prodromes d'une affection aussi dramatique.

Nous avons classé nos observations en trois grands groupes :

Dans un premier, nous plaçons les Délires aigus primitifs dont le début a été brusque, dont les prodromes, de très courte durée, ont emprunté une symptomatologie très polymorphe.

Dans le second groupe, nous trouvons les Délires aigus secondaires à un début insidieux plus ou moins long caractérisé : soit par des troubles isolés du caractère, soit par un tableau psychopathique divers.

Enfin, nous avons aussi rencontré des cas où le Délire aigu paraît au cours d'une psychose bien déterminée. Délire aigu intercurrent, particulièrement pendant l'évolution d'une psychose maniaco-dépressive.

On voit combien ces catégories, nées de l'observation, sont éloignées des conceptions classiques. Nous allons essayer de les légitimer.

CHAPITRE IV

Délires aigus primitifs.

Dans notre exposé historique de la question nous avons retrouvé à chaque pas la description d'un début brusque à peine précédé de troubles minimes et le plus souvent hypothétiques. D'emblée le tableau n'est pas aussi inquiétant ; il revêt des formes très différentes, mais brusquement l'état général s'altère, la température monte, l'agitation s'installe, le Délire aigu est constitué.

C'est en général à cette forme que correspondent les descriptions de Beauchesne. En effet, dans cette courte phase de début, le tableau peut être très variable.

Le plus souvent l'élément confusionnel domine la scène ; il s'agit d'une obnubilation avec onirisme, avec ou sans fièvre, avec ou sans agitation. De cette forme qui paraît la plus habituelle nous donnerons quelques observations.

OBSERVATION I.

M... Marie, femme S..., 49 ans, sans profession, entre à Sainte-Anne le 25 juin 1936. Le certificat d'internement

mentionne : « Syndrome d'excitation confusionnelle grave avec forte désorientation, hallucinations; cris, chants, propos décousus et incohérence, gesticulation et agitation clastiques ; incapacité de conserver des vêtements ; fièvre, élevée. »

A l'arrivée dans le Service, l'agitation est toujours intense, la température à 39°2 monte à 40°, le taux d'urée sanguine est de 1 gr. 30. Dès le dixième jour apparaît un érysipèle, puis une parotidite. La thérapeutique anti-infectueuse associée à l'opothérapie rénale permet une sédation rapide des troubles : l'érysipèle régresse en deux jours, la tuméfaction parotidienne, sans intervention chirurgicale, fond en quatre jours, le taux d'urée passe de 1 gr. 30 à 0,74 puis 0,43.

L'excitation reste très grande jusqu'au 14 juillet, puis régresse et disparaît ; la malade sort guérie le 14 août 1936.

Le mari, questionné sur les antécédents n'apporte rien qui puisse attirer l'attention : Mme M... est encore réglée elle n'a jamais eu de maladie sérieuse ; 3 enfants bien portants, pas de fausse couche. Aucun antécédent familial pathologique.

Les troubles mentaux sont apparus dix jours avant l'arrivée à Sainte-Anne, caractérisés par une agitation extrême et des conceptions oniriques. La malade ne présentait alors pas de fièvre, elle ne répondait pas aux questions, négligeait ses enfants, et extériorisait une vive terreur provoquée par les scènes oniriques auxquelles elle assistait.

OBSERVATION II.

R... Marie, séparée L..., 51 ans, sans profession. Entrée à l'admission le 1^{er} février 1936, venant de l'Hôpital Henri Rousselle. Le certificat d'internement signale : « Confusion mentale avec hallucinations probables de l'ouïe. Agitation. Cris. Déclamations. Chantonnements. Stéréotypies verbales : « Ce n'est pas vrai, ce n'est pas vrai. » Refus d'aliments par intervalle. Fièvre. »

Malgré la thérapeutique anti-infectieuse, tonocardiaque et de réhydratation utilisée, la malade meurt le 3 février, deux jours après son entrée, avec un taux d'urée sanguine de 2 gr. 90. La température avait atteint 40°8.

Jamais, aux dires de la famille, la malade n'a présenté le moindre trouble mental jusqu'au 29 janvier. A cette date, brusquement, alors qu'elle était en train de faire son ménage, a débuté l'excitation, excitation tout de suite confuse aux dires mêmes du médecin appelé en consultation et qui provoqua l'entrée à l'Asile.

Depuis deux mois, la malade avait été très chagrinée par des épisodes familiaux pénibles (fille ayant quitté le domicile paternel), mais ces contrariétés n'avaient pas notablement altéré son humeur.

Aucun antécédent héréditaire vésanique.

OBSERVATION III.

P... J.-S..., femme R..., 31 ans, sans profession, entre à Sainte-Anne le 18 juin 1935. Le certificat d'internement mentionne : « Dépression mentale puerpérale. Onirisme terrifiant. Agitation. Logorrhée incoercible. Lichen infec-

tieux. Fièvre à 39° sans localisation. Opposition à l'alimentation. A mis au monde le 30 avril, deux jumeaux débiles décédés depuis lors ; retour de couches le 13 juin. » La température s'élève progressivement ; urée : 0 gr. 95. L'agitation est extrême, la sitiophobie absolue. Morte le 25 juin 1935 après avoir atteint 41°5.

A 20 ans, crise épileptiforme qui a duré cinq minutes.

Violentes céphalées aux époques menstruelles. Accouchement normal en 1924, pas d'accident durant la grossesse et l'allaitement.

Après l'accouchement, en avril, s'est montrée très loquace, très exubérante. Le mari dit : « tête en l'air ». Les troubles actuels remontent au 2 juin. La malade revenue à son domicile est tombée à cette date sans perdre connaissance ; depuis est apparu le syndrome confusionnel : prostrée dans un coin de sa salle à manger, Mme P... ne faisait plus attention à rien, répondait à peine et de manière évasive aux questions de son mari, laissait pleurer son enfant. Par instant, elle regardait fixement devant elle et criait, comme terrifiée. La nuit, elle ne dormit pas et la terreur redoubla. Après trois jours de ce tableau à la maison, la malade fut envoyée à l'hôpital et de là, à Henri Rousselle.

On le voit, il s'agit dans les exemples que nous venons de citer, de malades qui sont prises brusquement de confusion, puis sur ce fond apparaissent les signes du Délire aigu. Notons tout de suite la relative longueur d'évolution : la plupart du temps il s'agit de cas hésitants, la famille qui comprend obscurément que la maladie est un épisode aigu n'envoie pas d'emblée sa malade dans un milieu psychiatrique.

Alors commence une série de transferts qui retardent l'heure du traitement et aggravent d'autant un pronostic déjà sombre.

* * *

Au lieu d'un syndrome confusionnel on peut souvent constater un état qui, d'emblée, en impose pour une autre maladie mentale, état qui a évolué depuis très peu de temps et tournera court par l'adjonction des éléments classiques. Nous avons rencontré un état mélancolique.

OBSERVATION IV.

Mlle S... Madeleine, 25 ans, secrétaire, entre à l'asile le 24 mai 1936. Le certificat immédiat est ainsi conçu : « Syndrome mélancolique, craintes imaginaires, idées d'auto-accusation, anxiété, tentative de suicide avant son entrée, mauvais état général. Fièvre, fulliginosités buccales, refus d'aliments, abolition des réflexes rotuliens. »

L'agitation motrice est incessante et la malade doit être maintenue. Refus d'aliments, mutisme, opposition. La malade est alimentée à la sonde et subit deux injections quotidiennes de sérum glucosé sous-cutané. Des toni cardiaques sont administrés afin de parer à une défaillance. Urée sanguine : 0 gr. 29.

L'agitation persiste pendant quinze jours, puis la fièvre tombe et s'installe une période de prostration, de mutisme avec refus partiel d'aliments. Une escarre sacrée extrêmement profonde s'est déclarée avec un décollement étendu :

l'ouverture de l'escarre mesure 5 cm. de diamètre, le décollement : 20 cm. de haut en bas, et 15 cm. environ latéralement.

Le 20 avril, la malade est toujours très faible, mais on note une amélioration notable de l'escarre traitée par l'association de Baume du Pérou et de l'extrait de larves.

Du 20 avril au 15 mai, on assiste à une rétrocession de l'obnubilation et des troubles psychiques, en même temps qu'une amélioration de l'état local.

Le 10 juin, la malade sort guérie, portant seulement une très grande cicatrice étoilée dans la région sacrée.

Les renseignements fournis par le père font remonter la maladie au 1^{er} février (1 mois 1/2 avant l'internement). A cette date Madeleine a accusé un changement brutal de caractère au retour du mariage d'une amie. Triste et prostrée, son état alla en empirant jusqu'à l'époque de l'internement. Au début on ne faisait qu'entendre des plaintes épisodiques et Madeleine continue son activité, puis la concentration morose s'est aggravée, la malade s'arrête de travailler et pleure dans sa chambre. Interrogée, elle s'accuse, et finalement essaie de se suicider en avalant du véronal. Dès qu'elle est sortie de son coma l'état s'aggrave encore et le refus d'aliments s'installe.

Un état maniaque :

OBSERVATION V.

A... Anna, 60 ans, sans profession, entre à l'asile le 30 janvier 1936, venant de l'hôpital Henri Rousselle.

Le certificat d'internement note : « Agitation, cris, déclamations incohérentes, critiques, grossièretés. On ne

veut pas la croire, elle est en train de mourir. Insomnie, fièvre, refus d'aliments.»

Ces phénomènes ont débuté dix jours auparavant, précédés par une phase d'irritabilité extrême et de déclamation qui a duré deux jours.

L'état ne changera guère jusqu'à la période terminale. Alternative de stupeur et d'excitation, sitiophobie que l'on combat en vain par l'alimentation artificielle et les injections de sérum sous-cutanées. Morte le 27 février.

Dans les antécédents, on relève :

Aînée de 12 enfants bien portants.

Lupus de la face à 22 ans, traité et notablement atténué par la radiothérapie. Le traitement a laissé une dermite qui a récidivé depuis un an.

Grippe espagnole en 1918.

Depuis un an environ acrocyanose extrêmement importante et manifestations articulaires étiquetées : rhumatisme chronique. L'excitation a éclaté après la troisième injection du thorium X pratiquée en vue d'atténuer le rhumatisme.

La malade a toujours été exubérante, volubile, orgueilleuse, jalouse de son travail. Son entourage a remarqué ces temps derniers une irritabilité particulière, notamment à l'égard des voisins qui, disait-elle, faisaient du bruit dans la maison. Un jour, elle sort devant sa porte, et les invective. Sa famille, elle-même, nous signale la fréquence des « jeux de mots » dans ses récriminations : « Elle parle vite et on aurait dit que ses idées allaient plus vite encore ; elle n'achevait jamais ses phrases. » Enfin, « quand elle n'était pas en colère elle était très gaie, chantait à tue-tête, même des chansons inconvenantes qu'on n'aurait jamais supposé qu'elle connaissait ».

Nous insisterons sur une observation d'une malade dont nous avons mieux encore suivie l'évolution parce qu'elle se déroulait sous nos yeux. Il s'agit d'un état qui fut d'emblée mélancolique avec réaction suicide entraînant l'internement ; puis, sous nos yeux, la mélancolie se transforme et nous voyons apparaître pêle-mêle des éléments complètement différents. Pendant deux jours, elle présentera cet état indéterminé. A ce moment : fièvre, agitation, sitiophobie viennent terriblement aggraver le pronostic :

OBSERVATION VI.

Mme B..., née D..., 28 ans, femme de ménage, entre à Sainte-Anne le 28 novembre 1936. Le certificat d'internement note un état mélancolique typique avec tentatives de suicide multiples, la malade porte toute une série d'entailles au poignet, des deux côtés, à la tempe gauche, aux jambes... Chez elle, au cours d'un raptus anxieux, elle a tenté de se suicider. Amenée à l'hôpital, elle a été transférée à Henri Rousselle, de là, passée à l'Admission. C'est à dessein que nous insistons sur ces transferts multiples, sur ces passages de quelques heures d'un organisme hospitalier à l'autre.

Lorsqu'elle arrive dans le Service la malade est dans le mutisme ; elle a présenté un léger épisode fébrile à Henri Rousselle et à l'Admission ; mais sa température est normale. L'examen physique est négatif.

Le lendemain, la présentation a changé du tout au tout. Souriante, mais légèrement hautaine, elle répond aux questions et donne spontanément sur son histoire les ren-

seignements les plus circonstanciés auxquels viennent s'ajouter des résidus oniriques.

Interrogée sur ses tentatives de suicide, elle fond en larmes et explique qu'elle a eu peur qu'on veuille lui tuer son enfant. Aussitôt elle s'excuse : « Mais Monsieur je n'ai pas voulu vous vexer et il faut m'excuser, je ne suis pas intelligente moi, je suis même très bête, et j'espère que vous voudrez bien, etc.. »

Mais elle indique encore qu'elle était, chez elle, en butte aux tracasseries de ses voisins. Les gens autour d'elles les fournisseurs, la concierge la regardaient de travers, étaient continuellement à parler mal d'elle lorsqu'elle approchait. Tout cela, pour lui porter préjudice.

Ici même, un personnage diabolique, un Fathma, est venu et lui a fait manger des excréments et le sang qu'on lui a pris pour un dosage d'urée contient « de la m... ».

Ajoutons que la malade est désorientée, incapable d'indiquer où elle se trouve de donner son adresse exacte, et elle fournit sur notre demande une date approximative, la mimique est bien celle d'un confus qui cherche la réponse.

Des actes un peu compliqués sont mal réalisés... Mais les questions simples obtiennent des réponses rapides quelquefois même humoristiques : « Je ne suis pas si vieux que vous le dites », dit l'un de nous. « Non, vous n'êtes que mon grand-père », répond la malade enjouée.

Un examen attentif permet de remarquer certaines phrases, certains gestes, certaines grimaces stéréotypées.

Le lendemain, l'agitation, la confusion ont notablement augmenté. Cependant une thérapeutique active, huile térébenthinée, opothérapie rénale, etc... parvient à enrayer

le cours de la maladie. Dès le 10 décembre, la malade n'a plus de fièvre. Elle restera confuse encore quelques semaines.

Il arrive aussi que le Délire aigu survienne au cours d'un tableau qui rappelle la bouffée délirante polymorphe des dégénérés. Nous en avons constaté un exemple typique que nous tenons à rapporter et qui a posé des problèmes d'ordre pronostic particulièrement ardu et absolument incompris par la famille.

OBSERVATION VII.

Mlle L..., 24 ans, étudiante, entre à Sainte-Anne, le 9 décembre 1931. Le certificat d'internement du Dr Heuyer est ainsi conçu : « Agitation anxieuse. Idées délirantes polymorphes. Appels au secours. Affirmation de sa foi. On veut la faire passer pour folle, lui faire du chantage, la violenter. Probabilité d'hallucinations psychomotrices. « On change ses paroles ». Etat confusionnel. Dysmnésie. Désorientation. Oblusion. Anxiété. Turbulence nocturne. Arrêtée à Notre-Dame : troublait l'Office par ses propos et par ses gestes. Tachycardie. Souffle systolique d'insuffisance mitrale. Scoliose ancienne. »

A l'entrée, le tableau est absolument celui de ces épisodes d'agitation à thèmes multiples constitutifs des états d'excitation passagère des dégénérés. On note alors toute une séméiologie qui concorde avec ce tableau : anxiété, regards craintifs, marmottements, mutacismes. Réponses difficiles, rares, courtes, imprécises, sans adaptation aux questions. Par instant, au milieu de cette présentation de ton triste, des éclats de rire. Le lendemain, on l'interroge

plus attentivement ; elle raconte en termes volubiles, mais en recommençant nombre de fois son récit, son arrivée toute récente à Paris, les détails du voyage, de l'installation, elle n'en sort pas, piétine, cherche à préciser ses souvenirs. Pleure, s'excite et tape du pied si on fait mine de ne pas l'écouter. Les précisions qu'elle donne sur la scène ayant entraîné l'arrestation sont particulièrement puérides ; elle parle de sa montre très précise, de sa pendulette très juste qui a une demi-heure de retard, etc., etc... A Notre-Dame, elle a entendu une voix effrayante qui criait ; ne sait plus ce que disait la voix...

Sur la constatation de cet ensemble de signes le pronostic porté est très favorable, l'agitation rappelait si bien l'excitation des bouffées polymorphes, et aucun élément inquiétant ne pouvait attirer l'attention.

Mais le lendemain, à cette présentation a succédé une autre : mutisme complet avec opposition, gesticulation désordonnée, mimique effrayée ; la température est à 38°9, le pouls à 70. Les lèvres sont sèches et fuligineuses ; le refus d'aliments est absolu.

L'évolution se fera comme celle d'un Délire aigu typique et la malade meurt le 14 décembre. La famille, quelque peu revendicante, ne comprit pas pourquoi, cinq jours avant, on lui avait annoncé qu'il s'agissait d'une affection bénigne.

Il serait inexact de croire que le Délire aigu emprunte toujours une symptomatologie de début à d'autres espèces psychiatriques. Le cas n'est pas exceptionnel où l'agitation confuse s'accompagne d'emblée d'une fièvre élevée, où la sitiophobie entraîne

presque immédiatement une aggravation du pronostic..
Nous en rapporterons une observation :

OBSERVATION VIII.

Mlle G..., 19 ans, entre à Sainte-Anne, le 15 novembre 1936. Le certificat est ainsi conçu : « Confusion mentale grave avec agitation incoercible. Refus d'aliments, température élevée. »

Dans le Service son état reste le même. Bruyante, elle déclame en breton, sa langue natale, et on obtient à peine d'elle qu'elle indique son nom. Elle a de grands gestes vides de tout contenu intellectuel, uniquement traduction de son excitation motrice ; ses membres, ses muscles en général sont dans un état de contraction fibrillaire qui provoque un parasitisme mimique, de petits mouvements des doigts, etc..., etc... Le refus d'aliments est absolu et on doit y suppléer par des injections de sérum glucosé et par l'alimentation artificielle. Dès l'entrée, la température est à 39°, elle oscillera entre ce chiffre et 40°5 jusqu'à la mort qui survient le 2 décembre. L'urée sanguine était peu élevée à l'entrée : 0 gr. 90 ; huit jours plus tard : 0 gr. 85.

Notre malade était domestique, estimée de ses patrons lorsqu'elle tomba malade, deux fois nous eûmes la visite de sa maîtresse qui nous donna tous les renseignements désirables : Mlle G... a accompli parfaitement son service jusqu'au 8 novembre ; attentive, bien intentionnée, elle a donnée toujours entière satisfaction, et ces temps derniers ne font nullement exception à ce sujet. Le matin du 9 novembre elle ne descendit pas de sa chambre et d'autres domestiques occupant des pièces voisines vinrent avertir

qu'on l'entendait crier : « Telle vous la voyez sur son lit telle nous l'avons « trouvée en montant là-haut », dira sa patronne ; elle a seulement beaucoup maigri ; mais « c'est la même agitation, les mêmes cris ». Nous pouvons ajouter la même fièvre car dès le début la malade avait une température à 38°5.

*
* *

En résumé, le Délire aigu peut survenir, soit d'emblée, — c'est le cas le plus rare sans être exceptionnel — soit comme complication brutale d'un état maniaque, mélancolique, confusionnel, de bouffée délirante, d'un état atypique et composite évoluant depuis très peu de temps et qui brusquement s'aggrave. En présence d'observations de ce genre, Beauchesne s'est attaché à démontrer que l'on pouvait d'emblée faire le diagnostic d'état confusionnel sous-jacent. Certes, et nous n'avons pas manqué de le souligner au passage, l'excitation, la dépression de ces malades s'assortissent parfois d'une obnubilation et aussi de conceptions oniriques qui imposent le diagnostic, mais il n'en est pas toujours ainsi et nous avons vu dans l'observation 7, des maîtres éminents porter des pronostics qui sont loin de s'être justifiés.

CHAPITRE V

Délires aigus secondaires.

Lorsqu'on interroge les familles de malades il faut prendre garde aux déclarations qui tendent à faire remonter la maladie à tel choc émotif, à telle secousse morale qui, dans les conceptions psychogénétistes de la foule, suffisent à créer de toute pièce les pires affections mentales. Aussi bien devra-t-on être très exigeant pour admettre l'existence de troubles du caractère et on ne fondera sa conviction que sur des anecdotes précises et recoupées, sur des récits de faits ou des rapports de paroles n'admettant qu'une interprétation unique.

En soumettant à cette critique rigoureuse les observations que nous avons recueillies, il n'en reste pas moins nombre d'exemples de Délire aigu survenant après une assez longue période de troubles du caractère, ou même après une période assez longue de psychose qui paraît nettement caractérisée :

OBSERVATION IX.

V... Louise, femme P..., 50 ans, sans profession entre à Sainte-Anne, le 2 juillet 1936. A l'admission, le Dr Génil-

Perrin rédige le certificat suivant : « Confusion aiguë fébrile (temp. 40°5). Agitation incoercible à type anxieux. Cris, refus d'aliments. »

A l'arrivée dans le Service, un dosage d'urée indique : 1 gr. 96. Nous associons l'opothérapie rénale à la thérapeutique anti-infectieuse habituelle. L'agitation baisse rapidement et dès le 8 juillet, la malade consent à boire. Malgré un état général très altéré l'urémie est à 1 gr. 70. La malade reste confuse : le 12, le taux d'urée est de 1 gr. 15 ; le 20 : 0 gr. 88. L'obnubilation persistera longtemps encore et ne se dissipera pas complètement. Le 9 septembre, la malade est transférée à Clermont. Depuis, nous avons appris qu'elle était sortie, guérie, le 15 octobre.

Le début des troubles actuels remonte, d'après le mari, au mois de mars. La malade depuis cette époque se montrait anormalement nerveuse, irritable, s'emportait à la moindre parole prononcée devant elle ; suspectant la conduite de son mari, l'honnêteté de ses parents lors d'un héritage. La bizarrerie avait été plus accentuée encore au début de juin, lors des grèves, et l'agitation, la confusion, le refus d'aliments n'ont débuté que le 29 juin.

OBSERVATION X.

L... Rose, 27 ans, polisseuse, entre à Sainte-Anne, le 9 septembre 1936. Le certificat d'Henri Rousselle mentionne : « Etat de vive agitation avec idées de persécution, violences, insomnie, fièvre élevée. »

A l'arrivée dans le Service, la fièvre est à 40°, on ne note aucun signe de localisation net. Léger œdème du poignet droit, indolore, semble-t-il. Agitation, mutisme à peu près complet. Opposition. Urée : 0 gr. 80. Un abcès

de fixation à l'huile térébenthinée est tenté à la cuisse droite. On associe la septicémie intraveineuse. La température après un clocher à 41° reste à 40 pendant trois jours, puis décrit un plateau à 39°. On remplace la septicémie par la naïodine, la température revient à 37° brusquement le 25 septembre. Il persistera encore longtemps une obnubilation avec obtusion et négativisme ; mais l'agitation a complètement cédé et l'état physique s'améliore rapidement.

Selon les dires du frère de la malade, on peut faire remonter à plusieurs mois l'apparition de troubles du caractère. L'humeur de la malade a changé complètement : Jadis gaie, euphorique, boute en train, elle était devenue taciturne et pessimiste. Sans que l'activité professionnelle ait à en souffrir, elle s'était isolée du milieu. Vers le début d'août, apparition d'une tuméfaction articulaire de l'épaule droite, tuméfaction à peine douloureuse, sans phénomènes généraux concomitants. Puis l'empâtement de l'épaule avait disparu, le poignet avait été pris à son tour et au cours de la maladie la cheville gauche présenta une inflammation identique.

OBSERVATION XI.

R... Isabelle, femme P..., employée au Ministère des Finances, 42 ans, est entrée à l'Admission le 6 août 1936, venant de l'hôpital Henri Rousselle. Le certificat du Dr Simon mentionne : « Est atteinte d'un état mélancolique avec réponses rares. Gémissements et turbulence anxieuse, légère. Fièvre. Le lendemain le tableau change et le certificat de l'Admission note : « Syndrome d'agitation motrice avec mutisme et négativisme. La sitiophobie

est absolue et l'agitation motrice forcenée. Un dosage d'urée sanguine donne, à l'entrée, 0 gr. 89.

Au cours de l'agitation, la malade extériorise quelques vagues idées de persécution, des terreurs provoquées sans doute par quelques scènes oniriques. Malgré la thérapeutique ordinaire : sérum sous cutané, collargol intraveineux, extrait rénal l'urémie monte à 1,60 le 10 août. La cachexie est intense, la mort survient le 13 août.

Quelques renseignements nous ont été fournis par le mari ; il convient de les minimiser dans leur valeur, étant donnée l'hyperémotivité considérable du sujet. « La malade », — nous dit-il, — « avait au Ministère une excellente place, elle était en butte aux taquineries, aux mauvaises plaisanteries de ses collègues qui l'enviaient, et ces brimades duraient depuis plus d'un an et demi ». Il semble permis de rapporter ces dires à des idées de persécution plus ou moins caractérisées que le mari a amplifiées jusqu'à un véritable délire. En effet, il rapporte toute une série de petits faits interprétés par sa femme, et rappelant ces interprétations : sable dans l'encrier, pied de nez esquissé, accroc subrepticement fait aux vêtements, etc... ». « Toutes ces taquineries », — poursuit le mari — « sont devenues de plus en plus nombreuses et ces derniers jours c'était intolérable. » Cette exacerbation permet, semble-t-il, de lier deux processus dissemblables.

Les antécédents personnels ne donnent rien d'intéressant. Le mari indique une émotivité exagérée, des « peurs » à diverses époques.

Père et mère bien portants. Pas d'enfants ni de fausses-couches.

OBSERVATION XII.

Mlle S... Madeleine, 31 ans, employée de banque, entre à l'Asile le 20 avril 1936. Son aspect physique, sa présentation sont absolument ceux d'un Délire aigu et le diagnostic est fait d'emblée.

Pendant trois semaines tout l'arsenal thérapeutique sera utilisé en vain et finalement la fièvre tombe, l'opposition devient de l'inertie. Pendant deux mois, la malade restera confuse avec des reliquats oniriques importants. Actuellement, elle est sortie de l'Asile et a repris son travail.

Il est intéressant de noter les particularités du début de cette maladie. Mlle S... est employée dans une banque de province avec sa sœur. Jeunes filles sérieuses et rangées elles mènent une vie calme et tranquille, coupée par de rares distractions et de nombreux exercices de piété. En février 1936, la sœur fut atteinte d'une grippe qui la laissa un moment asthénique. Madeleine la soigna avec sa conscience coutumière, mais commençait vers la fin de la convalescence à s'énervier facilement, à crier pour un rien, à se mettre en colère pour des motifs futiles. Tant et si bien que le médecin consulté lui proposa de prendre du repos. Notre malade s'emporta, eut avec sa sœur une violente discussion, lui cria qu'« elle voulait maintenant se débarrasser d'elle après en avoir profité », puis deux jours après, céda brusquement aux objurgations de sa famille et alla s'installer pour deux mois dans le Midi. Dans la pension de famille soigneusement choisie où elle descendit, tout alla bien d'abord, mais bientôt les mêmes soupçons, les mêmes impatiences se firent jour. La maison lui semblait mal fréquentée, les domestiques mal stylés ;

un collègue de la succursale de sa banque qui s'intéressait à elle en bon collègue, lui paraît avoir à son égard des intentions malhonnêtes et elle le rabroue vertement lorsqu'il vient s'enquérir de ses nouvelles. Cet état va en empirant et au début d'avril, elle écrit à ses parents une série de lettres où s'extériorise une violente colère, d'ailleurs dans la nuit du 5 au 6 avril, elle s'enfuit de la pension en brisant tous les objets fragiles de sa chambre; sa famille vient alors la chercher et l'emmène à Sainte-Anne.

Questionnée sur son état antérieur, Madeleine, lors de sa guérison explique : « J'ai eu à ce moment-là un caractère de chien. Je m'emportais pour un rien. Je ne sais pas ce que j'avais ».

Mais à côté de ces troubles du caractère dont nous venons de donner des exemples et qui ont évolué durant une période assez longue qui ne correspondait à aucune affection psychiatrique nette, on voit aussi des formes de début qui, point pour point, pourraient être assimilées à telle ou telle espèce de la nomenclature psychiatrique. Nous placerons encore côte à côte avec ces observations deux ou trois cas pour lesquels un diagnostic rétrospectif paraît impossible mais qui, cependant, se rapportent à des malades qui ont présenté plusieurs mois durant des troubles assez graves.

Le contingent le plus important semble être celui des délires d'ordre mélancolique, au premier rang desquels il faut signaler les Délires hypocondriaques :

OBSERVATION XIII.

C..., femme..., 26 ans, ménagère, entre à l'Asile le 14 octobre 1935. Le certificat d'internement est ainsi conçu : « Accès maniaque. Excitation psychomotrice, chants. Déclamations. Rires. Plaisanteries. Satisfaction. Euphorie. Elle est ici en parade. Elle est gentille... » Le certificat immédiat note une teinte hypocondriaque, quelques idées mystiques, gémissements, larmes, insomnie. Température élevée : 39°.

Après une rémission apparente des signes généraux, l'excitation ne s'étant jamais atténuée, on assiste à l'installation d'une sitiophobie absolue ; le taux d'urée monte à 1 gr. 60 ; morte le 31 octobre.

Antécédents : Grippe espagnole en 1918.

Etant enfant était considérée comme nerveuse. Un épisode d'agitation a été étiqueté : chorée.

Mariée à 20 ans. Un fils de 6 ans, pas de fausse-couche ; mari, parents et enfant bien portants.

D'après les renseignements donnés par l'oncle et par le frère, les troubles ont débuté cinq mois avant l'internement par quelques idées hypocondriaques : la malade attache une importance disproportionnée à une légère constipation, à un début d'obésité, s'astreint à un régime amaigrissant qui l'aurait beaucoup débilitée. A cette époque, elle adhère au Mouvement Christian Scientist. Tout d'abord enthousiaste, elle finit par croire que cette organisation la persécute, qu'on veut la rendre folle. Pour lui échapper, elle part à la campagne et se confie à un guérisseur qui confirme ses idées de persécution si bien que les vacances terminées, son mari a beaucoup de

peine pour la ramener à Paris. Six jours après son arrivée, éclate la crise d'excitation.

Quelquefois les préoccupations hypocondriaques qui ont duré un laps de temps assez long sont déviées dans la phase dernière de l'évolution par des signes qui annoncent la confusion.

OBSERVATION XIV.

S... femme M..., 60 ans, sans profession, entre à Sainte-Anne le 27 décembre 1935, après un séjour de quarante-huit heures à Henri Rousselle où elle avait été transférée par l'Hôpital Broussais. Le certificat d'internement mentionne : « Confusion mentale. Désorientation. Dymnésie. Excitation psychique. Incohérence. Agitation motrice avec opposition. Gâtisme. Mauvais état général. Fièvre ».

L'examen physique permet de constater de nombreuses extra-systoles et quelques signes discrets de congestion pulmonaire. Malgré la médication anti-infectieuse et tonocardiaque utilisée, la malade meurt le 5 janvier 1936. Le dosage d'urée indiquait 2 gr. 20, B.-W., Meinicke, Kahn positifs dans le sang.

Entrée à l'Hôpital Broussais au début de décembre pour faire traiter une cardiopathie ancienne, Mme S... y a été calme et normale durant deux jours puis, est intervenue une agitation, une turbulence qui l'on fait placer dans une salle spéciale, et, enfin transférée à Henri Rousselle.

Le mari indique que la malade présentait depuis quelques mois des préoccupations de santé exagérées : cardiopathe depuis une vingtaine d'années, elle avait jusque-là fort bien supporté cette infirmité. Ces derniers

temps, elle parlait constamment de sa mort prochaine et de l'inutilité des efforts thérapeutiques. A signaler encore quelques troubles de la mémoire portant surtout sur des faits récents. A plusieurs reprises, oubliant des achats à peine antérieurs, Mme S... avait derechef acquis des provisions dont elle n'avait nul besoin.

Mais les syndromes d'ordre mélancolique purs avec délire d'attente ne sont pas non plus exceptionnels.

OBSERVATION XV.

G... Andrée, femme Le N..., 39 ans, ménagère, entre à l'Admission le 15 juillet 1936. Le certificat de l'Infirmier spéciale présente la malade de façon assez exacte :

« Excitation. Logorrhée incohérente. Agitation. Anxiété : son mari est mort, on l'a condamné, ou encore on va le condamner pour un vol qu'il n'a pas commis. Désorientation avec éclairs d'orientation fugace. Zoopsie.

Congestion faciale. Réflexes tendineux vifs. Hyperalgésie musculaire. Pas de dysarthrie, pupilles normales. Probabilité d'intoxication éthylique ; aurait en outre, présenté il y a trois ans des crises comitiales. Pas de traces de morsures de la langue » (Michaux).

Avec des alternatives d'agitation et de torpeur, le tableau ne varie guère durant six semaines. Sur la foi des renseignements signalant l'éthylisme, une thérapeutique styrchninée est instituée mais on doit l'arrêter, la malade très sensible présentant quelques accidents à des doses moyennes. Le gardénal est sans action sur un état qui ne présente que des analogies très éloignées sur l'état du

mal. Soupçonnant la P. G. nous pratiquons une ponction lombaire : le L. C. R. est normal. La température reste aux environs de 38°, l'onirisme terrifiant cède à peine, l'agitation désordonnée est la règle. La thérapeutique anti-infectieuse est sans effet ; l'urée sanguine est à 0 gr. 50.

Au début de septembre, l'agitation augmente, l'anxiété croît parallèlement, sitiphobie absolue, fonte musculaire rapide ; la température reste en plateau à 40° pendant quatre jours, puis monte à 41° et la malade meurt le 12 septembre.

Nous avons signalé les soupçons d'éthylisme, les commémoratifs convulsifs : ajoutons les antécédents bacillaires de la famille. Le mari signale que depuis trois ou quatre mois le caractère de la malade, jadis enjouée, était complètement modifié : irritable, prompt à interpréter le moindre geste de l'entourage, elle se querellait avec tous les voisins et s'était même battue avec eux quelques semaines avant le début de la maladie. Depuis juin, elle extériorisait un délire à thème anxieux persuadée qu'elle mourrait le 14 juillet. Elle avait mis en ordre toutes ses affaires et se lamentait à tout venant, sans cependant ralentir son activité ménagère habituelle.

Nous rapporterons encore deux observations de Délire aigu typique survenant à la suite de troubles certains qui dépassaient, et de beaucoup, le cadre des troubles du caractère, mais que nous ne pouvons ranger dans telle ou telle affection étant donnés les renseignements restreints dont nous disposons, et aussi la réticence antérieure de la malade :

OBSERVATION XVI.

G... Marcelle, femme A..., 26 ans, sans profession, entre à Sainte-Anne le 8 janvier 1936. Certificat immédiat : « Etat d'excitation avec bavardage sans suite, déclamations, larmes, insomnie. Elle va mourir, elle est poitrinaire ; elle voit des horreurs : des hommes noirs se mangent entre eux. Refus d'aliments. Fièvre : 38°3. »

L'excitation et l'agitation vont croissant dans le service, Urée sanguine : 0 gr. 72. Sur constatation de quelques râles de la base droite, on ajoute à la thérapeutique habituelle 1 ampoule de 5 cmc. d'eucalyptine tous les jours. Le 17 janvier, la fièvre a baissé et la malade demande à boire spontanément. La confusion persistera encore deux mois, mais la sortie a pu être autorisée pour le 18 mars. Depuis lors, la malade vague à ses occupations, soigne son mari et des enfants.

Les antécédents familiaux ne donnent aucune indication sur l'état antérieur à l'internement, les renseignements du mari, plus tard contrôlés par les dires de la malade, indiquent : Idées de persécution et préoccupations hypochondriaques depuis un an. Habitant dans une caserne de gardes mobiles, elle croyait que ses voisins, collègues de son mari, lui en voulaient, épiait derrière sa porte pour surprendre les paroles des voisines sur le palier ; demandait toujours à son mari de parler bas de leurs affaires afin de n'être point entendus. Son caractère, en général gai, affectueux, complaisant, s'était un peu assombri sous l'influence de craintes à propos de sa santé, croyait être tuberculeuse.

OBSERVATION XVII

R... Lucie, femme V..., femme de ménage, 42 ans, entre à Sainte-Anne le 21 juin 1935, venant de l'hôpital Tenon. Le certificat immédiat signale : « Etat d'excitation avec propos incohérents et sans suite. Insomnie. Fièvre à 39°. Fibrome utérin. »

La mort survient le 1^{er} juillet en hyperthermie, le dosage d'urée sanguine avait donné 2 gr. 25 par litre. B.-W., Hecht, Meinicke négatifs dans le sang.

La malade travaillait depuis plusieurs années chez un médecin qui nous a fourni les renseignements suivants : D'un caractère toujours susceptible, impressionnable, très renfermée, Mme R... a été fortement impressionnée voici six mois par divers décès survenus dans sa famille. Elle était devenue irritable, soliloquait fréquemment et semblait nourrir des idées étranges sur lesquelles elle se montrait très réticente. Depuis un mois, on n'osait plus lui confier les enfants.

Le 7 juin, elle entre à Lariboisière pour y subir une hystérectomie nécessitée par un fibrome. Le lendemain, début de l'agitation ; elle est transférée à Tenon puis à Sainte-Anne.

On note dans les antécédents un bref épisode confusonoirique chez une sœur.

CHAPITRE VI

Les Délires aigus intercurrents.

Nous avons énuméré jusqu'ici des formes de Délire aigu qui surviennent après une phase de début, plus ou moins longue, plus ou moins assimilable à telle ou telle maladie mentale. Dans une dernière classe nous rangerons les observations où le Délire aigu apparaît au cours d'une affection antérieurement signalée. Deux classes essentielles dans ces observations :

- au cours d'une Psychose aiguë ou chronique ;
- au cours d'une Psychose maniaque dépressive.

Citons tout d'abord un grand délire politique à rattacher sans doute au délire de revendication.

OBSERVATION XVIII

D..., femme L., Pauline, 36 ans, sans profession, entre à Sainte-Anne le 25 février 1936. Le certificat du Dr Pichard indique : « Excitation maniaque ; excitation psychique. Rires. Plaisanteries. Fuite des idées. Syndrome

de jeu. Cris, discours. Agitation motrice, tape dans les portes. Idées délirantes floues. Opposition aux soins et à l'examen. Fièvre à 38°4. »

A l'entrée, on note une agitation motrice intense : chants, cris, déclamations incohérentes. Refus d'aliments. Malgré la thérapeutique habituelle, mort le 6 mars.

Antécédents : réglée à 13 ans, mariée, 3 enfants, 1 mort de méningite tuberculeuse. Mari bien portant ; parents bien portants.

Le mari indique par ailleurs comme date de début des troubles le mois d'avril 1935. A cette époque, la malade s'est passionnée pour l'émancipation des femmes et, à l'occasion de la campagne électorale s'est mise en rapport avec divers partis ; a pris la parole dans diverses réunions ; envoie des articles aux grands journaux et au petit hebdomadaire de sa commune. Fréquemment éconduite, elle ne se lasse pas, visite le maire et les adjoints ; lors des élections cantonales, son activité s'accroît encore et elle commence à écrire diverses lettres divulguant de prétendus secrets. C'est ainsi qu'elle a averti plusieurs maris trompés de leur infortune, qu'elle a dénoncé à tout le conseil municipal les mœurs du maire. Ces temps derniers une plainte en diffamation a même été déposée, et c'est à cette époque que la malade a été internée.

Délire de jalousie :

OBSERVATION XIX

A... Domenica, femme H..., sans profession, 49 ans, entre à l'Admission le 14 décembre 1935 sur réquisitoire de l'hôpital de la Pitié. « Excitation intense, cris, gémisses-

ments, appels, menaces. Idées de persécution et de jalousie contre une voisine. Violences, coups, bris de vitres. »

Malgré l'arsenal thérapeutique utilisé, la teneur en urée du sang est à 0 gr. 95 et l'agitation reste extrême ; la température monte progressivement ; la malade meurt le 27 décembre 1935.

Les renseignements fournis par le mari font remonter les troubles actuels à une dispute survenue huit mois auparavant entre la malade et une voisine. Mme A.. était en effet devenue très jalouse et accusait son mari d'entretenir de coupables relations avec la voisine. Par la suite, la victime réagit violemment et menaça à plusieurs reprises la malade. Le caractère était devenu plus renfermé, plus emporté. Le 11 décembre, elle entre à la Pitié pour se faire opérer d'un fibrome, deux jours plus tard, la veille de l'intervention, début de l'excitation.

Le mari, la fille et la concierge s'accordent pour écarter l'alcoolisme dont la malade ne présente par ailleurs aucun stigmatte objectif.

Nous avons rencontré un cas où le Délire aigu est venu brutalement interrompre une évolution d'abord étiquetée P. G., mais dont le diagnostic avait été controuvé par les recherches biologiques :

OBSERVATION XX

B... Suzanne, couturière, 55 ans, entre à Sainte-Anne le 26 juin 1936 ; elle présente alors un état de confusion légère avec anxiété, onirisme, tantôt terrifiant et tantôt agréable. Troubles cœnesthésiques intenses. Les réactions

positives du sang, les antécédents éthyliques font hésiter le diagnostic. Envoyée à Maison-Blanche, le Dr Chatagnon n'affirme pas la P. G. et conclut à un affaiblissement démentiel avec légère confusion. Cependant un traitement stovarsolique est institué.

Grâce à des appuis politiques administratifs, la famille obtient le transfert à Sainte-Anne. La malade entre dans notre Service le 22 août. La présentation n'a pas sensiblement changée et le tableau est celui d'une démence avec troubles psychosensoriels anormalement importants. A la ponction lombaire, le L. C. R. paraît normal. Benjoin : 00000.00000.00000. Leuco. : 0,2. B.-W..Meinicke négatifs. Le syndrome neurologique est lui aussi normal. Le B.-W. sanguin reste positif.

Quatre jours après l'entrée dans le Service, une agitation motrice incoercible s'installe avec un état d'opposition très accentué. La turbulence démentielle a fait place à une excitation psychomotrice intense. La boulimie à un refus strict d'aliments. En quelques jours l'amaigrissement est considérable, mais la lucidité revient par instants d'une façon à peu près totale. La fièvre s'élève, la fonte musculaire s'accroît et la malade meurt le 6 septembre.

L'observation suivante montre une terminaison brutale par un délire aigu d'une hébéphrénie :

OBSERVATION XXI.

Mlle P... Marguerite, entre à l'Asile le 13 mai 1936. Le certificat mentionne : « Excitation maniaque atypique. Agitation motrice violente. Attitude théâtrale. Alterna-

tives de mutisme et de soliloques à voix basse. Mobilité d'humeur, état subfébrile. Refus d'aliments. »

Jusqu'au 23 mai, la malade reste très agitée ; répondant à côté des questions : ses paroles et ses gestes traduisent un très grand désordre des idées. Le refus d'aliments est partiel ; la température reste très élevée, aux environs de 40°. Urée sanguine : 0 gr. 68 ; urines albumineuses, 0,25 à l'Esbach.

Le 23 mai, la température baisse, l'agitation se calme et la malade couchée dans son lit fait seulement quelques mouvements carphologiques. Le 26 mai, elle meurt dans le collapsus, la température étant remontée à 39°.

Mlle P..., avait déjà été internée à la Clinique du 28 mars au 15 octobre 1935. A cette époque, elle avait présenté, à la suite d'un syndrome confusionnel léger un état d'opposition avec mutisme, étiqueté : syndrome catatonique typique. Cet état avait cédé alors qu'on pratiquait un traitement chrysothérapique allié à la pyétothérapie, si bien que la malade fut présentée comme un cas de rémission de la démence précoce, obtenue par cette méthode thérapeutique.

Revenue guérie dans sa famille elle avait gardé une certaine excitation, un aspect général hypomaniaque, et en mai dernier, avant de prendre quelque repos dans une maison de convalescence, c'est dans ces conditions qu'éclata la crise d'excitation entraînant l'internement.

Dans les antécédents personnels on note une atteinte bacillaire pulmonaire gauche et un foyer de Pott soigné à Berck durant deux ans.

La conduite de la famille fait soupçonner un certain déséquilibre, les deux sœurs rejettent sur la mère la responsabilité de la maladie de Margueritte et mènent une vie assez

spéciale, très isolée, et mal adaptée aux nécessités sociales.

Etablissant la transition avec les cas de Psychose maniaque dépressive nous trouvons un cas de Psychose d'involution brusquement interrompue par un Délire aigu.

OBSERVATION XXII.

H... Adrienne, Pauline, 54, ans célibataire, sans profession, entre à Sainte-Anne, le 31 mars 1936, après passage à Henri Rousselle.

Sans qu'on puisse noter à l'examen physique aucun signe de localisation, la malade, très agitée à son entrée, sombre dans la confusion la plus profonde ; sitiophobie : agitation. Morte le 7 avril 1936.

Dans les antécédents on note : des crises nerveuses de l'enfance, puis vers 12-16 ans, un épisode d'agitation probablement choréique soigné par Gilles de la Tourette.

Lourde hérédité tuberculeuse du côté maternel.

La famille depuis six mois a remarqué que le caractère avait changé ; la malade très scrupuleuse s'enfermait dans une solitude farouche, restreignait ses sorties et faisait des provisions pour éviter de voir les fournisseurs.

Trois semaines avant l'internement elle va chez des cousins, s'accuse de toutes sortes de crimes, prétend qu'elle va les entraîner sur l'échafaud. Quelques jours plus tard à la Madeleine, au milieu d'un office, elle fait une confession publique à haute voix. Finalement, on l'amène à Henri Rousselle. Le certificat d'internement

note « un syndrome de mélancolie anxieuse ; tristesse, pleurs, inhibition psychique. Orientation imprécise. Idées de culpabilité ; s'accuse de toutes sortes de fautes : elle est une voleuse, elle a fraudé le fisc dans une affaire de succession. Elle est condamnée à mort ainsi que les siens. Supplications, agitation. » Mais cet état s'accompagne d'un état général très touché, fébrile, avec langue rôtie.

Le jour de l'arrivée dans le Service, la malade nous apparaît euphorique et expansive à travers un état sub-confusionnel : jeux de mots, moqueries, mais, dès le lendemain, les signes de Délire aigu prennent le dessus et entraînent la mort.

Six observations suivent, de malades dont les antécédents personnels révèlent des accidents récidivants identiques, soit d'excitation, soit de dépression, soit de double forme. Nous insisterons plus encore sur quelques-uns dont les accidents sont chaque fois accompagnés de troubles confusionnels et même d'un syndrome de Délire aigu typique.

OBSERVATION XXIII.

Mme K..., femme R..., 44 ans, sans profession, entre à l'Asile le 24 avril 1936. Le certificat d'Henri Rousselle mentionne : « Confusion mentale hallucinatoire. Excitation psychique. Fuite des idées. Discours incohérents. Hallucinations auditives. Cris. Hurlements. Agitation motrice. Température : 38°8.

Dans le Service, la température augmente après une courte phase d'excitation : la malade reste abattue ; on

note des mouvements carphologiques. Sitiophobie. Le 25 avril, collapsus terminal. Un dosage d'urée sanguine montrait 3 gr. 45.

On peut faire remonter l'apparition des troubles au 16 avril, date à laquelle la malade a brusquement prétendu qu'on voulait l'empoisonner, s'est enfermée chez elle et mise au lit parce qu'elle était malade, recevant avec des injures les offres de soins de son mari. L'apparition des idées de suicide, de refus d'aliments persistant ont rendu le placement nécessaire.

Depuis un an le mari a noté un changement de caractère ; la malade habituellement gaie, de caractère enjoué et boute en train était devenue plus triste.

De plus, il y a cinq mois, épisode dépressif : pleurs, inhibition pendant deux mois, mais l'internement n'avait pas été nécessaire.

OBSERVATION XXIV.

D... Marie, femme R..., 33 ans, entre à l'Asile le 6 février 1935. Le certificat immédiat est ainsi conçu : « Mélancolie anxieuse. Auto-accusation et disculpation. Craintes imaginaires. Gémissements. Obnubilation. Etat subfébrile. » L'agitation paraît augmenter dans les premiers jours de l'internement. Refus d'aliments. Le 16 se déclare une otite moyenne suppurée et on pratique la paracentèse. La température qui oscillait entre 40° et 38° ne s'abaisse pas, au contraire, et la malade meurt le 18 février ; l'autopsie écarte la possibilité d'une méningite que rien dans la symptomatologie physique ne permettait de prévoir.

Le mari donne les renseignements suivants : pas d'aliénés dans la famille. A toujours été jalouse.

Il y a cinq ans, premier accès, dépression, refus d'aliments, mutisme, puis opposition ; durée d'un mois. A cette époque se plaignait de la gorge.

Il y a deux ans, second accès identique concomitant à une angine.

Les troubles actuels ont débuté trois jours avant l'internement : Anxiété, croit que son mari veut l'empoisonner et tuer son enfant de six mois. Avait cessé d'allaiter il y a deux mois.

OBSERVATION XXV.

N... H..., femme H..., 42 ans, entre à l'Asile le 2 mars 1936. Le certificat immédiat signale : « Confusion mentale. Dismnésie. Désorientation. Onirisme. Idées confuses de jalousie. Peur de mourir. Sitiophobie. Agitation. Fièvre : 38°, 7. »

A l'entrée, elle est encore capable de donner quelques indications sur son état-civil. Dès le 7 mars, la confusion est profonde, l'agitation paraît diminuer mais la sitiophobie devient absolue. Mort le 13 mars. Taux d'urée : 0 gr. 95.

Dans les antécédents familiaux, on relève quelques décès par tuberculose pulmonaire. Hystérectomie il y a deux ans.

En 1931, épisode dépressif, insomnie et « absences », sédation en trois mois après repos à la mer.

En 1934, épisode plus grave : excitation, insomnie-« perte de mémoire », nous dit le mari.

Les troubles actuels ont débuté quinze jours avant l'internement, insomnie, idées hypochondriaques vagues : avait peur d'être tuberculeuse, céphalées fulgurantes

dominent la scène ; puis elle quitte le domicile conjugal emportant toutes les économies, change trois fois de taxis et distribue ses affaires aux passants ; la famille avertie la fait interner.

OBSERVATION XXVI.

B... Jeanne, femme M..., boulangère, 46 ans, entre à l'Admission le 11 juin 1936. Nous relevons dans les certificats d'internement et de vingt-quatre heures : excitation psychomotrice, fuite des idées, incohérence, agitation, sputation, opposition. Fièvre : 38°8. Etat saburral des voies digestives. Etat physique mauvais.

A l'entrée, la malade est tantôt agitée, tantôt plongée dans une torpeur, présentant quelques mouvements carphologiques. L'examen ne décèle rien de net en dehors d'un mauvais état général, d'un cœur régulier mais sourd. L'urémie est de 1 gr. 58. La sitiophobie est combattue par l'alimentation artificielle, par les injections de sérum. Pas de polynucléose. L'administration d'extrait de rein paraît avoir fait baisser le taux d'urée qui est de 0 gr. 90 le 16 juin et 0 gr. 34 le 19. Mais dès le 17 juin apparaît dans la région dorsale droite une tuméfaction qui semble un large abcès anthracôïde. Des vaccins antistaphylococciques, une thérapeutique anti infectieuse n'empêchent pas les progrès locaux, le décollement est énorme. Apparition de panaris multiples et de localisations nombreuses. Mort le 24 juin.

Des renseignements très complets sont fournis par le mari de la malade. Celle-ci aurait présenté un épisode identique avec : confusion, hallucinations et agitation intenses en 1917. Soignée en maison de santé les troubles

ont disparu assez rapidement, mais le médecin aurait à deux reprises averti la famille qu'il n'y avait plus d'espoir.

Dans les antécédents, on note un père aliéné, 13 frères ou sœurs dont 4 seulement sont vivants.

Depuis trois ou quatre mois, le caractère doux, affable, confiant de Mme B... était complètement modifié : méfiante, emportée, coléreuse, elle prétendait que les voisins « s'occupaient d'elle ». Pour éviter les indiscretions, elle avait multiplié les rideaux, fait placer une seconde sonnerie à la porte de la boutique. Dehors, elle se croyait suivie, elle avait même à deux reprises, invectivé des passants qu'elle soupçonnait de la suivre.

OBSERVATION XXVII.

C... Germaine-Joséphine, 27 ans, célibataire, domestique, entre à Sainte-Anne le 25 janvier 1926, après passage à l'Infirmierie spéciale. Les troubles ont débuté trois jours auparavant par une écriture automatique dictée par Dieu. La température a monté légèrement, la malade s'enfuit de la place de ses patrons, part sur la voie publique poursuivie par des hallucinations qui lui enjoignent de tuer tout ce qui est possédé par Dieu. Est arrêtée alors qu'elle brise des jouets mécaniques à l'éventaire d'un démonstrateur forain.

Après des alternatives d'agitation extrême et de stupeur avec fièvre élevée, turbulence, refus d'aliments, activité hallucinatoire intense, la malade meurt le 10 février 1936.

D'après les renseignements de la famille, on note : dans les antécédents familiaux un cousin-germain interné depuis plusieurs années.

Dans les antécédents personnels, deux phases d'excitation transitoire à 14 ans, à la puberté : accès d'excitation pendant deux ou trois jours ; à 18 ans, à la mort du père, accès d'excitation durant huit jours avec idées mystiques.

Depuis quelques semaines, la malade « était plus nerveuse », la famille attribuant ce changement à divers accidents survenus aux parents. Au début de janvier, dans sa chambre, elle aurait eu à deux reprises des apparitions divines.

OBSERVATION XXVIII.

L... Paulette, femme M..., 31 ans, entre dans le Service pour la troisième fois, le 10 septembre 1936, à la suite d'une fugue accomplie au cours d'un épisode d'excitation. Après une courte phase d'obnubilation la malade présente un état mental absolument normal si bien que sa sortie est demandée : le 16 octobre, on note une sub-excitation, le 17, l'agitation est désordonnée, accompagnée de cris et de chants ; parallèlement la température croît et le 22, la malade meurt en hyperthermie : 41°7.

Les antécédents familiaux apprennent peu de chose : la mère de la malade est encore vivante et bien portante. Le père est mort de diabète à l'âge de 56 ans. Deux frères décédés en nourrice.

Mariée en 1926, la malade a deux enfants : une fille de 9 ans et un garçon de 5 ans. Le mari est en bonne santé.

On note seulement que le grand-père paternel « tombait du haut mal ».

L'histoire de la malade est plus intéressante à retracer. Après une enfance normale, sans aucun retard de déve-

loppement, sans énurésie, sans crise convulsive. Fut une élève docile, intelligente, obtint son certificat d'études à 12 ans. A 13 ans, en 1918, elle présente un épisode d'excitation débutant par une hallucination visuelle. Voyait « sous la voûte un homme et une femme ». Puis courte période de dépression avec fièvre. Le tout dura deux semaines et les phénomènes disparurent à l'installation des règles.

L'année suivante, nouvel accès d'excitation, plus court, soigné, lui aussi, à domicile.

En 1924, à 19 ans, un accès identique fut traité à la Salpêtrière ; il s'agit d'une crise d'excitation simple qui dure quelques jours, nécessitant un traitement de courte durée n'ayant pas dépassé un mois.

Quatrième accès en 1925, à 20 ans, nécessitant celui-là, l'internement à Vacluse.

C'est après cette crise, en 1926, que la malade se marie et a un enfant dix mois après. Ne présente jusqu'en 1928, le moindre épisode d'agitation.

Cinquième accès du 13 juin au 12 juillet 1928, soigné dans le Service alors qu'elle s'occupait de sa fille, âgée de 9 mois, elle la laisse tomber, s'excite, casse tout dans la maison, gifle son père et son mari. En même temps, la température s'élève aux environs de 39°. A l'arrivée, on note un herpès labial, des contusions multiples et une tuméfaction du coude qui se révèle dû à un phlegmon. Après injection de propidon le phlegmon doit être incisé. L'agitation tombe rapidement et le 3 juillet la malade est calme, lucide ; elle sort le 13.

Le sixième accès est soigné à Ville-Evrard, en 1932, pour la seconde fois ; l'agitation est suivie d'une courte phase dépressive. Mais on note encore au début de l'excitation

un épisode fébrile grave. L'accès de courte durée est terminé en un mois.

Septième accès du 17 mars au 15 avril 1934, soigné dans le Service : même physionomie que les précédents ; agitation avec fièvre élevée. L'amélioration est extrêmement rapide.

Le dernier internement est du 10 septembre 1936. La malade en pleine agitation part de Sainte-Anne, où elle était venue consulter sentant s'approcher une crise, elle est retrouvée par des agents dans le Bois de Vincennes le lendemain matin, excitée, se dénudant, chantant et criant à tue-tête. A l'arrivée dans le Service elle est déjà beaucoup plus calme et au bout d'une semaine, tous les troubles ont disparu. La sortie est demandée et une nouvelle crise avec fièvre élevée enlève cette fois la malade.

L'interrogatoire systématique de Mme L... et de sa famille mettait en relief une série de détails intéressants quant à l'allure des crises. Tout d'abord les crises étaient plus fréquentes que les internements, et seuls les épisodes d'agitation confusionnelle ou ceux ayant provoqué de graves réactions antisociales étaient traités à l'Asile. C'est ainsi que de 1934 et 1936 la famille a pu noter trois accès.

Généralement, la malade sentait très nettement venir l'accès. Aucun phénomène sensoriel moteur ou psychique caractérisé, mais une impression vague et qui ne la trompait jamais. Elle restait ainsi pendant quelques heures. Nous avons assisté à cette courte phase précédant la dernière crise. Mme L... était inquiète et nous disait tristement : « Je ne suis pas bien, je crois bien que cela va revenir. »

Ses crises elles-mêmes étaient presque toujours du

type excitation. Cependant on a noté, deux ou trois fois, une courte phase dépressive succédant à l'épisode maniaque. En effet, l'agitation paraît chaque fois de type expansif, les certificats sont tous formels et signalent la mobilité de l'humeur, la fuite des idées, les jeux de mots, les assonances. Cependant au milieu de ce tableau on trouve quelques éléments suspects. Par instant la malade paraît ignorer où elle se trouve, ne reconnaît plus sa famille. A plusieurs reprises la réaction est la fugue : la malade quitte le domicile conjugal et on la retrouve une fois à Noisiel, une autre fois à Boissy-Saint-Léger, et lors du dernier accès dans le Bois de Vincennes. Elle prétend être incapable de rappeler les phases de l'excitation. De même lors de l'internement en 1934, après la guérison, Mme L... assurait ne se souvenir de rien : « Je me suis retrouvée au commissariat à Vincennes, mais je ne sais pas ce qui s'est passé : on m'a dit qu'on m'avait retrouvée dans le Bois, » déclare-t-elle lors du dernier épisode. Notons encore la chute du bébé, le bris d'une vitre et la malade dansant pieds nus sur les débris. Plusieurs fois, en pleine agitation, la malade urine sous elle. En dehors de ces éléments on ne retrouve aucun phénomène d'allure comitiale dans sa vie.

Un troisième caractère des accès, que tous ne présentent pas mais qu'on retrouve cependant souvent, est la confusion avec fièvre élevée et azotémie.

Dans le premier accès, à 13 ans, on voit apparaître l'hyperthermie ; on la retrouve presque à chaque internement avec température aux environs de 39°, 40°. L'agitation paraît alors moins maniaque et la malade est plus confuse, plus obnubilée. En 1928, un phlegmon du coude paraît légitimer l'hyperthermie. Mais aucune localisation

ne peut être notée lors des épisodes précédents ou suivants. A deux reprises on trouve une abolition des réflexes qui réapparaissent à la fin de la crise. Les ponctions veineuses étaient difficiles chez la malade, cependant lorsqu'elles ont été pratiquées en période d'agitation avec fièvre, elles ont toujours donné un sang hyperazotémique : 1 gr. 70, — 1 gr. 20. Par contre lors de l'épisode de fugue en septembre dernier, alors qu'on ne pouvait noter ni confusion ni fièvre, le dosage d'urée indique : 0 gr. 35.

Nous voulons terminer notre étude par ce cas particulièrement évocateur qui montre les rapports évidents du Délire aigu avec l'accès de psychose périodique et, peut-être aussi, avec les formes larvées de la comitialité.

CHAPITRE VII

Considérations générales.

Porot étudiant les conditions d'apparition du Délire aigu décrivait un délire aiguisé : forme de terminaison des diverses psychoses, nos diverses observations ont particulièrement mis en lumière l'importance de ce mode de début.

Notre court rappel historique nous a montré combien, après avoir été décrit et mis en lumière par Calmeil, cette variété avait été négligée. Nous croyons cependant que son importance est capitale si l'on veut essayer de tracer une théorie générale capable d'expliquer la pathogénie du Délire aigu.

On sait combien est grave le cortège physique du syndrome, si grave que beaucoup d'auteurs l'ont placé au premier plan et comme Georget sont prêts à maintenir que le délire est un épiphénomène sans importance. Au premier rang dans ce syndrome, on doit décrire les perturbations métaboliques ; Marchand et ses élèves ont insisté sur l'urémie. Klippel sur l'insuffisance hépatique et depuis toujours l'amaigrissement considérable, la fonte des malades ont été signalés. Il n'est pas jusqu'à la température élevée ou

l'insomnie rebelle qui ne méritent de figurer dans cette énumération.

Nous savons que les lésions même très discrètes, nous devrions plutôt dire : les perturbations dans le fonctionnement de la région du plancher du III^e ventricule de la région tubérienne et hypothalamique, sont susceptibles de provoquer des troubles analogues.

Récemment, des auteurs de divers pays signalaient les altérations de la région hypophyso-tubérienne, plus particulièrement du corps mamillaire et du ganglion accessoire dans les cerveaux de Délires aigus alcooliques, mais l'absence même de toute altération visible ne suffirait pas à écarter tout trouble fonctionnel dans cette région. Et l'on sait l'étroite similitude symptomatique entre le délirium-tremens et le Délire aigu.

Un autre fait nous paraît aussi particulièrement important : dans un article sur les psychoses puerpérales, Guiraud montrait tout dernièrement qu'on trouve intriqué dans la symptomatologie des éléments qui, à eux seuls, isolés, font penser à des processus mélancoliques, maniaques, catatoniques, etc... Il en est exactement de même dans les autres sortes de Délires aigus. Notre observation n^o 28, met en lumière une de ces intrications symptomatiques qu'il est facile à un observateur attentif de découvrir dans chaque cas.

Nous pensons avoir démontré la relative fréquence

des processus rapides qui aggravent des psychoses diverses et prennent l'allure classique d'un Délire aigu. Insistons cependant sur le fait que nous n'avons jamais constaté de tel syndrome dans les asiles de banlieue où sont envoyés les malades chroniques. Nous avons demandé à nos Maîtres ou à nos Camarades Chefs de Service de Chroniques avérés : tous nous ont dit l'extrême rareté du Délire aigu chez les vieux vésaniques. Cette notion vient donc combattre l'opinion de Calmeil qui s'appuyait cependant sur une expérience clinique indiscutable.

A plusieurs reprises, dans nos observations, nous avons signalé les transferts multiples d'une formation hospitalière à l'autre. On sait la détestable influence que de telles pratiques peuvent exercer sur l'évolution de la maladie : retard de l'administration de la thérapeutique appropriée, traumatismes de toutes sortes infligés au malade, etc..., etc.

*
* *
*

La cause, ou les causes des maladies mentales ordinaires celles que Georget opposaient aux « délires » sous le nom de « folies », nous sont inconnues.... Ne pouvons-nous cependant supposer qu'elles sont les mêmes qui provoquent le Délire aigu lorsque leur localisation s'établit dans la région des centres végétatifs du III^e ventricule par exemple ? Cette hypothèse expliquerait à merveille ces cas de psychose maniaque dépressive où chaque accès ramène un

épisode d'excitation confusionnelle avec fièvre élevée et dénutrition. Elle permettrait aussi une compréhension facile de beaucoup de faits particuliers.

Nous croyons que d'autres sauront la démontrer avec des arguments plus lourds que les nôtres.

Conclusions.

Il semble que le « Délire aigu » puisse survenir :

- soit primitivement, par un début brusque, mais extrêmement polymorphe dans son expression clinique, tantôt maniaque, tantôt mélancolique, tantôt confusionnel, tantôt catatonique, tantôt à type de bouffée délirante, tantôt encore par un mélange de ces divers éléments intriqués ;
- soit secondairement à une phase plus ou moins insidieuse et assez longue ; le plus souvent, il s'agit de troubles du caractère, mais souvent encore on voit évoluer pendant des semaines, des états psychopathiques divers parmi lesquels on trouve plus fréquemment les préoccupations hypochondriaques ;
- soit enfin comme une affection intercurrente survenant dans l'évolution d'une Psychose chronique et en particulier au cours des Psychoses périodiques.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abercrombie.* — Des maladies de l'encéphale (trad. par Jean-drin), 1835, p. 84.
- Achard et Feuillie.* — Sur la rétention d'urée dans les maladies aiguës (Soc. Biologie, 22 juin 1912, p. 1007).
- Alquie.* — Journal de Montpellier, juillet 1844.
- Andral.* — Clinique médicale. Maladies de l'encéphale.
- Anglade (D.).* — Article Délire aigu in *Traité Path. ment.* de G. Ballet.
- Les délires systématisés. Rapport Congrès des Médecins aliénistes, Marseille, 1889.
 - Congrès des Médecins aliénistes et neurol. Rabat, 7-13 avril 1933, p. 173.
- Baillarger.* — Considérations sur la maladie décrite sous le nom de Délire aigu (Gazette des Hôpitaux, 1864, n° 107, p. 99).
- Ball.* — Du Délire aigu. Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne (France Médicale, 1880, n°s 47 et 48).
- Ball et Chambard.* — Dictionnaire Dechambre, t. 26, p. 413.
- Bayle.* — Traité des maladies du cerveau.
- Beauchesne (R.).* — Les formes de début du délire aigu primitif (Thèse Bordeaux, 1930).
- Briand (M.).* — Du Délire aigu (Thèse Paris, 1881).
- Briand (M.) et Rouquier.* — Les formes mentales de l'encéphalite épidémique, XXIV^e Congrès des médecins aliénistes. Strasbourg, 1920.

Brierre de Boismont. — Du Délire aigu observé dans les établissements d'aliénés (A. M. P., 1848, t. XII, p. 143).

— Mémoire Académie de Médecine, t. XI.

Cahane. — Congrès Roumain de Neuro-Psych. et Endocrinol., 4-6 octobre 1931.

Calmeil. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau, t. I, p. 142 et suiv.

— Dictionnaire des Sciences médicales, p. 186.

Capgras, Marchand et Vie. — Deux cas d'encéphalite psychosique (Soc. Méd. Psychol., 28 mai 1931).

Carrie (A.), Carrier (G.) et Martin (E.). — Rapport Congrès aliénistes et neurol. de L. F. Limoges, 1901.

Chaillet (J. J. Ph.). — Thèse de Lyon, 1932.

Harpy (A.). — Les Délires aigus.

Chaslin. — Confusion mentale primitive.

Coelius Aurelianus. — Des maladies, liv. I, parag. 30.

Courtois (A.). — De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës (C. R. Soc. Biol., 13 avril 1929).

Courtois (A.) et Mareschal. — Modifications du L. C.-R. dans la confusion mentale puerpérale (A. M. P., novembre 1930).

Courtois (A.), Delaville et Russel (Mlle). — Variations du rapport sérine-globuline dans quelques cas d'encéphalites psychosiques aiguës (A. M. P., décembre 1931).

Crémieux (Alb.). — Délires aigus (Provence Médicale, 15 janvier 1933).

Damage. — Délire aigu au cours d'une mélancolie anxieuse (Encéphale, mai 1921, p. 240).

— Délire aigu foudroyant terminant une psychose chronique chez un débile mental (Encéphale, décembre 1923, p. 662).

— Les psychoses par épuisement (Encéphale, 10 sept. 1920).

- Traitement du délirium tremens (A. M. P., juillet 1929).
Damaye et Warschawsky. — Guérison et séquelles du Délire aigu (A. M. P., janvier 1928).
- Delasiauve*. — D'une forme grave de délirium tremens (A. M. P., t. IV).
- Doring (E.-H.)*. — Hyppocratis doctrina de deliriis, 1790
- Engelken*. — Allg. Zeit. f. psych., t. VIII.
- Esquirol*. — Des maladies mentales, 1830.
- Falret*. — Dictionnaire des études prat. des maladies mentales. Paris, 1864.
- Fodéré*. — Traité du Délire. Paris, 1817, t. II, p. 406.
- Foville (Ach.)*. — Nouveau Dictionnaire de Méd. et Clin. Pratique, t. XI.
- Fürstner*. — Ueber Delirium acutum (Arch. de Westphal., 1880, t. XI, p. 517).
- Galien*. — Comm. I in Prorrh. (voir « Œuvres choisies » d'Hippocrate, par Daremberg, p. 462).
- Georget*. — De la folie. Paris, 1820, p. 223.
- Giorgi Eragne*. — Thèse Alger, 1925.
- Griesinger*. — Traité des maladies mentales, p. 361.
- Grisolle*. — Du délire dans la pneumonie (A. M. P., t. XI, 1848, p. 121).
- Hyvert, Tran minh Phuong, (G.) et Cohn (M.)*. — Traitement de l'encéphalite psychosique azotémique. (A.M.P., 1933, t. II, p. 347).
- Jehn (Gottfried)*. — Beiträge zur Pathologische Anatomie acuter Delirien. (Arch. de Westphal., 1878, t. VIII, p. 594).
- Jensen*. — Ueber Delirium acutum mit getheilt in der Allg. (Zeit. f. Psych., t. XI, p. 617).
- Judée*. — Du Délire aigu. Paris, 1856.
- Klippel*. — Encéphalite avec confusion mentale primitive (Encéphale, juil. 1906, p. 359).

- Kraepelin.* — Traité, 1809, t. II, p. 36.
- Kraftebing.* — Traité trad. Emile Laurent, 1897, p. 651.
- Ladame (Ch.).* — Psychose aiguë idiopathique (Arch. Suisses Neurol. et Psych., 1919, vol. V, fasc. 4).
- Larrive et Chaillet.* — Journal Médecine de Lyon, juillet 1932.
- Lelut.* — Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le Délire aigu et la folie. Paris, 1836.
- Lunier.* — A. M. P., t. XII.
- Luther Bell.* — Allg. Zeit.f. Psych., t. VIII. American Journal of Insanity, 849).
- Magnan.* — Leçon clinique des maladies mentales, 1893.
- Marchand.* — Délire aigu au cours des néphrites aiguës (Soc. Anat., 23 octobre 1903).
- Lésions encéphaliques des psychoses aiguës (Soc. Anat., 3 mars 1927).
- Les encéphalites psychosiques (Congrès de Rabat, 1933).
- Marchand et Courtois (A.).* — Les encéphalites psychosiques. Le François 1935.
- Marce.* — Traité pratique des maladies mentales. Paris 1862.
- Traité de la folie des femmes enceintes.
- Maudsley.* — Journal of. Ment. Sciences, 1867, 2^e trim.
- Ombras (J.).* — Thèse Montpellier, 1933.
- Parchappe.* — Recherches d'Anatomie Pathologique.
- Porot.* — Les syndromes mentaux. Doin, 1928.
- Pouffary (C.).* — Sur la forme grave de la confusion mentale dite idiopathique (Thèse Paris, 1933, Jouve, édit.).
- Redalie (L.).* — Contrib. à l'étude de l'anatomie pathol. du délire aigu (Arch. Suisses Neur. et Psych., vol. 7, fasc. 1, p. 35, 1918).
- Richet (Ch. Fils) et Dublneau.* — Considération sur la pathogénie des troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales (Soc. Méd. Psych., 27 juil. 1931, p. 183).

- La régulation du métabolisme azoté par les centres nerveux. Congrès Int. de Physiol. Rome, 1932 (Journ. Physiol. et Pathol. gén., 1933, XXXI, p. 64-81).
- Rodriguez-Arias.* — Congrès méd. aliénistes et neurol. Rabat, 1-13 avril 1933, p. 158.
- Schule.* — Ueber das Delirium acutum (Allg. Zeit. f. Psych., t. XXIV).
- 11 Thesen über das Delirium acutum (Allg. Zeit. f. Psych., t. XXV).
- Handbuch der Geistes Krankheiten in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Thérapie, t. XVI.
- Steck.* — Congrès méd. aliénistes et neurol. Rabat, 1933, p. 154.
- Targowla.* — Azotémie et acidose dans la confusion mentale (Presse Méd., 15 mars 1922, p. 225).
- Azotémie et troubles mentaux (Presse Méd., 16 avril 1924, p. 336).
- Insuffisance hépatique et confusion mentale (Soc. Méd. Psych., 30 mars 1925).
- Le problème de l'azotémie en pathol. ment. (Soc. Clin. de Méd. Ment., 16 déc. 1929).
- Thuliez.* — Etude sur le délire aigu sans lésions. Paris, 1865.
- Toulouse (E.), Marchand (L.) et Courtois (A.).* — L'encéphalite psychologique aiguë azotémique (Presse Méd., 12 avril 1930).
- Les encéphalites psychologiques secondaires (Presse Méd., 1^{er} avril 1931).
- L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques (A. M. P., janvier 1933, p. 1).
- Trenel.* — Article délire aigu (Prat. Méd. chirurg. Brissaud, Pinard, Reclus, t. XI, p. 392).
- Quelques observ. sur le délire aigu (Paris Méd., 27 sept. 1930).

- Lésions des cellules des ganglions centraux dans un cas de délire aigu choréiforme (Soc. Méd. Psych., 12 mars 1931).

Truelle et Petit (G.). — Troubles ment. dans l'encéphalite léthargique (Rapport Congrès des Méd. aliénistes et neurol. Quimper, 1922).

